

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE NUTRICIÓN HUMANA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE LICENCIADA
EN NUTRICIÓN HUMANA**

**“INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS GASTROINTESTINALES
RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTO GERIATRICO DEL HE-1 “LA
ESPERANZA” DE LAS F.F.A.A.”**

ELABORADO POR:

KARLA LOURDES MORILLO GARCIA

QUITO, FEBRERO 2014

RESUMEN

El presente trabajo de disertación se refiere a la influencia de los trastornos gastrointestinales relacionados con la alimentación y cómo influye en el estado nutricional de los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”, y tiene como propósito conocer las afecciones más comunes que presentan los adultos mayores ocasionados por la alimentación, con la finalidad de ayudar con recomendaciones que sean prácticas y vayan dirigidas a las personas responsables de preparar los alimentos e indirectamente hacia los adultos mayores de este centro.

El incremento de las personas de la tercera edad, exige gran cantidad de retos, tanto económicos, sociales y políticos, es por ello que tanto el estado como las autoridades sanitarias competentes deberían generar políticas que permitan solucionar las necesidades de este grupo de población; Siendo así la promoción de salud una estrategia para lograr equidad en este grupo desprotegido y así mejorar su calidad de vida.

La influencia de los trastornos gastrointestinales relacionados con la alimentación y cómo influye en el estado nutricional de los adultos mayores requiere en primera instancia de varios pasos entre ellos la planificación y por esta razón se siguen pasos secuenciales. La parte inicial de la disertación corresponde a las generalidades del adulto mayor y sobre todos los cambios que ellos atraviesan en esta etapa tan importante de la vida, a continuación se encuentran los trastornos gastrointestinales y las enfermedades más comunes y frecuentes que se relacionan con la alimentación que tiene el adulto mayor a diario. Posteriormente se habla de la alimentación del adulto mayor y los hábitos alimentarios de los mismos, además de cuáles son los alimentos más recomendados para su edad, así como el tipo de preparaciones adecuadas al momento de preparar los alimentos, conjuntamente con esto y por hallarse ligado al tema de la alimentación de los adultos mayores se habla sobre la importancia de la inocuidad de los alimentos, y finalmente sobre los criterios de calidad con los que debe contar un centro geriátrico, mencionando recomendaciones y pautas para dar a los adultos mayores una vida de calidad.

DEDICATORIA

A Dios, que me dio la oportunidad de vivir y me haberme regalado una familia maravillosa.

A mis padres, que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento, porque creyeron en mí a pesar de las adversidades, e hicieron de todo para que yo, pudiera lograr mis sueños, por ser ejemplos dignos de superación y entrega, y porque gracias a ustedes hoy puedo ver alcanzada mi meta.

A Cristian, mi compañero inseparable, por todo su amor, su constancia, su apoyo, y su paciencia.

A mi hermana Soledad, por su tenacidad y por haber fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mi sobrina Camilita, por su alegría, por su inocencia, por su amor, y por siempre creer en mí.

AGRADECIMIENTO

Gracias infinitas a Dios, por haber hecho realidad este sueño tan anhelado.

A mi director de tesis Dr. Edgar Rojas, por su esfuerzo y dedicación, por su rectitud y sus consejos, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación ha sido la guía necesaria para la culminación de esta tesis.

Al Centro Geronto Geriátrico de las F.F.A.A “La Esperanza”, por abrirme las puertas para la realización de mi tesis, a todas las personas que trabajan en el lugar, a los adultos mayores y especialmente al servicio de nutrición por su predisposición y su apoyo.

A los lectores de mi tesis y a los docentes de mi carrera profesional, por haber aportado con un granito de arena en mi formación.

A toda mi familia, por su apoyo incondicional, por nunca perder la fe y por ser el motor que da sentido a mi vida.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida, a las que les agradezco por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía a lo largo de la misma. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos, muchas gracias y que Dios los bendiga.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE DE CONTENIDOS	v
INDICE DE TABLAS	vii
INDICE DE GRAFICOS	viii
INDICE DE ANEXOS	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	2
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
1.3 OBJETIVOS	4
Objetivo General.....	4
Objetivos Específicos	4
1.4 METODOLOGÍA.....	5
1.5 PLAN DE ANÁLISIS	6
CAPITULO II	7
a. MARCO DE REFERENCIA	7
b. MARCO TEORICO	9
2.1 GENERALIDADES SOBRE EL ADULTO MAYOR	9
2.1.1 Cambios en el Adulto Mayor.....	14
2.2 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES	21
2.2.1 Enfermedades gastrointestinales en los adultos mayores.....	21
2.2.2 Enfermedades gastrointestinales más frecuentes en los adultos mayores.....	22
2.3 ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR	34
2.3.1 Alimentos recomendados para los adultos mayores	35
2.3.2 Tipos de preparaciones recomendadas	38
2.3.3 Hábitos alimentarios en los adultos mayores	40
2.4 INOCUIDAD ALIMENTARIA	41
2.4.1 Importancia de la inocuidad de los alimentos en los Adultos Mayores	42
2.4.2 Higiene y manipulación de los alimentos	43
a. Acceso a alimentos	44
b. Utilización Biológica de los Alimentos.....	44
c. Educación Nutricional	44
2.5 CRITERIOS DE CALIDAD QUE DEBE CUMPLIR LA ALIMENTACIÓN DE UN CENTRO GERIÁTRICO.....	44
2.5.1 Recomendaciones Nutricionales.....	45
2.5.2 Esquema diario de Alimentación Saludable para Adultos Mayores.....	46
2.6 HIPÓTESIS	47

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
CAPITULO III	50
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
CAPITULO IV	73
4.1 CONCLUSIONES.....	73
4.2 RECOMENDACIONES	75
4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	76
4.4 ANEXOS	81
ANEXO 1 ENCUESTA.....	81
ANEXO 2 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
ANEXO 3 USUARIOS PERMANENTES.....	85
ANEXO 4 USUARIOS DE TRÁNSITO	86
ANEXO 5 GLOSARIO	87
ANEXO 6 FOTOGRAFÍAS.....	90
.....	90
.....	91
.....	91

INDICE DE TABLAS

Tabla 1

Cambios sistemáticos fisiológicos relacionados con la edad que afectan a la salud
nutricional. 14

Tabla 2

Factores de riesgo relacionados con la nutrición en geriatría 20

Tabla 3

Clasificación de la diarrea aguda y crónica..... 27

Tabla 4

Tabla de alimentación para los adultos mayores 34

Tabla 5

Cantidad aproximada por ración y número de raciones por grupos de alimentos que se
deben aportar diariamente para conseguir una alimentación saludable para personas
mayores 36

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N. 1	
Distribución porcentual de la Edad de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	50
Gráfico N. 2	
Distribución porcentual del género de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	51
Gráfico N. 3	
Distribución porcentual del Estado civil de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	52
Gráfico N. 4	
Padecimiento de alguna enfermedad en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	53
Gráfico N. 5	
Enfermedades de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico DEL HE-1 “La Esperanza”	54
Gráfico N. 6	
Frecuencia de las molestias que se relacionan con la enfermedad que padecen los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	55
Gráfico N.7	
Consumo de un régimen alimentario especial en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	56
Gráfico N.8	
Distribución porcentual de los regímenes alimentarios especiales que consumen los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	57
Gráfico N. 9	
Persona responsable de preparar los alimentos que consumen los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	58
Gráfico N. 10	
Frecuencia de lavado de manos antes de ingerir alimentos de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	59
Gráfico N.11	
Frecuencia de lavado de frutas antes de su consumo por parte de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	60
Gráfico N. 12	
Frecuencia de la ingesta de los tiempos de comida diario en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	61
Gráfico N. 13	
Distribución porcentual del número de comidas que ingieren a diario los Adultos Mayores Del Centro Geronto Geriátrico Del HE-1 “La Esperanza”	62
Gráfico N. 14	
Lugar en el que consumen habitualmente los alimentos los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	63
Gráfico N. 15	

Porcentaje de consumo de los alimentos servidos en los diferentes tiempos de comida en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	64
Gráfico N.16	
Preparaciones que consumen con mayor frecuencia los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	65
Gráfico N. 17	
Distribución porcentual del Estado Nutricional de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	66
Gráfico N. 18	
Manifestación de algún tipo de molestia presentado en las dos últimas semanas en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	67
Gráfico N. 19	
Molestias provocadas después de la ingestión de los alimentos en los diferentes tiempos de comida en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	68
Gráfico N. 20	
Incremento de molestias ocasionadas por la ingesta de comida en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	69
Gráfico N. 21	
Distribución porcentual del tiempo de comida en el que se produjeron las molestias en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	70
Gráfico N. 22	
Distribución porcentual de las medidas tomadas por las molestias causadas después de haber ingerido los alimentos en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	71
Gráfico N. 23	
Cambios en la alimentación a partir de las molestias ocasionadas por los alimentos en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”	72

INDICE DEANEXOS

ANEXO 1	
ENCUESTA	81
ANEXO 2	
DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	84
ANEXO 3	
USUARIOS PERMANENTES	85
ANEXO 4	
USUARIOS DE TRÁNSITO	86
ANEXO 5	
GLOSARIO	87
ANEXO6	
FOTOGRAFIAS	90

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano cumple un ciclo de vida en el que atraviesa diferentes etapas, siendo la final el envejecimiento, la misma que conlleva una serie de cambios físicos, mentales y emocionales que repercuten drásticamente en el núcleo familiar y a la sociedad entera.

Siendo los adultos mayores uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad que requieren de más atención y cuidado siendo primordial la presencia de la familia o personas que les brinden el cuidado que ellos necesitan, y al no existir estos recursos los adultos mayores son ingresados a Centros Geriátricos por decisión propia o de su familia.

En nuestro país, más del 4% de los ancianos vive en asilos, residencias u hogares que se encargan de albergar a personas mayores que presentan 65 años en adelante, y que son ingresados por diversos motivos. Este trabajo de investigación se lo realizó en el Centro Geronto Geriátrico del HE -1 “La Esperanza” donde sus residentes se caracterizan por tener una edad media que supera los 80 años, y siendo el 75% mujeres, su estado civil varía entre viudos, solteros, casados y divorciados, quienes en su mayoría padecen de enfermedades propias de la edad, por lo que el centro fortalece el cuidado de sus usuarios tanto de tránsito como permanentes.

En los residentes de los Centros Geriátricos predominan las afecciones principalmente de tipo alimentaria siendo este un factor determinante para su estado de salud y nutrición, se puede destacar que las causas principales son los alimentos que al momento de consumirlos no presentan las medidas correctas de preparación e higiene y en menor cantidad la falta de conocimiento de un régimen de dieta adecuado para los adultos mayores según las patologías que padecen, siendo uno de los problemas más comunes las enfermedades gastrointestinales que afectan más a esta población por su vulnerabilidad.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Siendo los adultos mayores uno de los grupos vulnerables de la sociedad es importante tomar las medidas necesarias para cuidar de su salud e integridad como ser humano; en la mayoría de adultos mayores se presentan infinidad de patologías que causan un deterioro en su salud tanto física, como emocional y mental; siendo parte de estas enfermedades los trastornos gastrointestinales que se encuentran relacionados con la alimentación de los adultos mayores

Actualmente a la salud nutricional del adulto mayor no se le da la importancia que este amerita, una alimentación adecuada, suficiente y equilibrada ayuda a los adultos mayores a llevar un estilo de vida saludable y acorde a las necesidades que su cuerpo necesita.

Es importante no olvidar que conocer sobre las normas correctas de higiene y manipulación de los alimentos, en las personas encargadas de la alimentación de los adultos mayores garantiza alimentos de calidad y con la seguridad que no repercutirá en su estado de salud.

¿Cuál es la incidencia de los trastornos gastrointestinales relacionados con la alimentación en el estado nutricional de los adultos mayores?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Mediante la investigación de este tema se podrá aplicar recomendaciones adecuadas para la prevención de trastornos gastrointestinales relacionados con alimentos en el estado nutricional de los adultos mayores además de la generación de nuevos y valiosos conocimientos de interés relacionados con la seguridad alimentaria, considerando que el grupo seleccionado es una población de riesgo sobre todo desde el punto de vista alimentario por todas las condiciones que este implica, ya que muchas veces su alimentación depende de personas que están cuidando de ellos y que en muchas ocasiones son personas de la misma familia o por el contrario viven solos y se ven obligados a alimentarse literalmente como puedan, siendo determinante también el factor económico que condiciona el tipo de alimentos o lugares de abastecimiento que seleccionen para su alimentación, situaciones que impactan directamente en el estado de salud y nutricional del anciano, convirtiéndose en factores que agravan la condición propia del adulto mayor. Conocer cuáles son los trastornos gastrointestinales que más afectan a los adultos mayores es muy importante debido que así se podría prevenir e implementar conocimientos necesarios al momentos del consumo y preparación de los alimentos por medio de la inocuidad alimentaria hacia las personas encargadas de la alimentación de los mismos, y de esta manera tener como objetivo principal el lograr que los adultos mayores preparen y consuman sus alimentos de una manera correcta y lo principal que conozcan sobre los alimentos que pueden a no consumir según la patología que presenten.

Es importante mencionar que esta investigación se encaminara a conocer la influencia de los trastornos gastrointestinales relacionados con alimentos en el estado nutricional de este grupo de personas que representa a uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad y brindarles posibles soluciones a estas enfermedades que por no ser determinantes en la salud no dejan de ser menos importantes en el adulto mayor.

1.3 OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar e identificar los malos hábitos alimentarios y de higiene en el adulto mayor, y cómo influyen en su estado de salud.

Objetivos Específicos

- Identificar el estado nutricional de los adultos mayores.
- Conocer si las enfermedades que padece el adulto mayor, son provocadas por la ingesta de alimentos y si estas se relacionan con enfermedades gastrointestinales.
- Determinar la frecuencia de enfermedades gastrointestinales provocadas por alimentos en los adultos mayores.
- Fomentar en el adulto mayor el consumo de una alimentación de calidad, basados en correctos hábitos de higiene.

1.4 METODOLOGÍA

El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo, transversal ya que se va a identificar la influencia de enfermedades gastrointestinales en el estado nutricional del adulto mayor y no se realizara una intervención directa en los sujetos de estudio en un periodo determinado de tiempo.

Además esta investigación es de tipo cuantitativo debido a que se va a relacionar entre las apreciaciones que tienen los adultos mayores hacia los alimentos y las realidades sobre la influencia de las enfermedades gastrointestinales.

El nivel de investigación del estudio será descriptivo porque se explicará la relación de dichas enfermedades y su relación con el estado nutricional de los adultos mayores, detallando sus diferencias y principales características.

Se tomara como muestra a los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”, tomando como criterios de inclusión a, adultos mayores de ambos sexos, que se hallen comprendidos entre la edad de 65 años en adelante; mientras que en los criterios de exclusión formaran parte, los adultos mayores que por motivos personales no deseen ser parte de la investigación y aquellos que presenten un deterioro cognitivo y no se encuentren en las facultades necesarias para ser parte de la investigación.

Se utilizara una encuesta para conocer los hábitos alimentarios de los adultos mayores y ficha de observación que será usada al momento de revisar las historias clínicas de los pacientes; y por medio del Índice de Masa Corporal (IMC) identificar el estado nutricional de los mismos y a los que en los últimos meses han presentado problemas relacionados con alimentos.

1.5 PLAN DE ANÁLISIS

El Plan de Análisis de la disertación se realizara mediante el procesamiento de la información como: la toma del IMC con el que se obtendrá los porcentajes de bajo peso, normo peso, sobrepeso y obesidad de los adultos mayores de la muestra esta información se presentara por medio de pasteles o barras acumuladas donde se podrá observar el porcentaje de adultos mayores y los diferentes estados nutricionales de los mismos.

El procesamiento de la investigación será por medio de una encuesta que contendrá 17 preguntas las mismas que serán de utilidad para conocer los hábitos alimentarios y si han presentado molestias alimentarias, además de una ficha de registro con todos los datos importantes de los adultos mayores.

Esta investigación será de tipo univariado, porque se evaluara una variable y bivariado debido a que se analizara también la relación entre dos variables.

Los resultados de la encuesta serán presentados mediante: tablas, gráficos, pasteles, barras, que serán medidos en porcentajes, que ayudaran al proceso de la investigación.

CAPITULO II

a. MARCO DE REFERENCIA

El Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”, se encuentra ubicado al sur de la provincia de Pichincha en el cantón Rumiñahui en la parroquia de San Rafael. El mismo que El Ministerio de Defensa Nacional, mediante Resolución General Ministerial No. 29 del 10 de febrero del 2012, resuelve que el Centro Villa Hogar “La Esperanza” de las Fuerzas Armadas No.1 de Quito, se incorpore como un servicio Geronto Geriátrico dentro de los Servicios Hospitalarios del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas No. 1, para lo cual asumirá la dirección y administración del Hogar y lo incluirá en todos sus procesos.

Este Centro ofrece servicios de asistencia geriátrica al personal de las Fuerzas Armadas y a toda la comunidad mediante varios servicios que ofrezcan calidad, satisfacción y bienestar del adulto mayor.

Cuenta con dos modalidades de atención hacia los adultos mayores, que se dividen en:

- Usuarios de tránsito
- Usuarios permanentes

La atención para los usuarios de tránsito está dirigida durante el día en el horario de 10h00 a 15h00 de lunes a viernes, este grupo de adultos mayores cuenta además con recorrido. Mientras que los usuarios permanentes son los que residen en la institución durante las 24 horas del día los siete días de la semana.

Cuenta con una variedad de servicios disponibles para todos los adultos mayores que viven y acuden al Centro a continuación se mencionan:

- **Medicina Geriátrica:** Mantiene estables las patologías, permitiendo una mejor calidad de vida al adulto mayor.

- **Nutrición:** Proporciona una alimentación equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable, ya que en la tercera edad es muy importante para la salud física y emocional.
- **Odontología:** Brinda una atención de calidad al adulto mayor a fin de preservar la salud bucal a través de estrategias apropiadas de prevención.
- **Trabajo Social:** Se encarga de proponer políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan.

Siendo el Centro Geronto Geriátrico “La Esperanza”, un sitio de recogimiento para los adultos mayores, es importante recordar que su salud es un punto primordial para que lleven una vida placentera y de calidad, es por ello que conocer los trastornos gastrointestinales relacionados con la alimentación que afectan a los adultos mayores es necesario para brindar posibles soluciones a estos problemas y no se conviertan en una molestia o impedimento para su diario vivir.

b. MARCO TEORICO

2.1 GENERALIDADES SOBRE EL ADULTO MAYOR

La tercera edad es la última etapa de la evolución y desarrollo personal, definiciones sociales etiquetan a las personas que tienen más de 65 años como pertenecientes a esta etapa¹. La oficina de censo estadounidense sugiere las siguientes categorías dentro de la tercera edad²:

- 65 a 74 años “Adulto mayor”
- 75 a 84 años “De edad avanzada”
- 85 y más “Anciano”

Según Cabanas (2005), en esta etapa los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad, usualmente las personas de la tercera edad dejan de trabajar, o se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Si nuestros adultos mayores tuvieran el suficiente cuidado y una buena calidad de vida podrían disfrutar de toda la experiencia y sabiduría acumuladas a lo largo de los años.

Naturalmente el adulto mayor experimenta cambios biológicos y esto hace que sea un grupo con riesgo, por lo cual es necesaria una alimentación adecuada para sus necesidades y actividad física para que puedan tener una mejor calidad de vida.

Según datos del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la población de 60 años y más está aumentando sostenidamente en todos los países de América Latina y el Caribe.

¹Papalia, D. (2007). *Desarrollo Humano*. P.565

²Brown, J. (2010). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. P.456.

Advierten que para 2025 habrá 57 millones de adultos mayores, adicionales a los 41 millones registrados en 2000, y mencionan que entre 2025 y 2050, este incremento será de 86 millones de personas.

Este aumento de la población de adultos mayores ha provocado interés de investigadores en identificar los factores que pueden influir en un envejecimiento saludable. Uno de estos factores clave es el estado nutricional, un componente fundamental para que el adulto mayor conserve su independencia y autonomía.

“El estado nutricional refleja en cada momento si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuadas a las necesidades del organismo.”(Terán Díaz, 1994)

El abordaje de la Nutrición en Adultos Mayores exige algunas precisiones acerca de este grupo etario. En primer lugar, se considera adulto mayor a toda persona cuya edad cronológica es de 65 años o más. Y en segundo lugar, saber que la población de los adultos mayores no es homogénea, a personas con igual edad cronológica puede corresponder distinta edad biológica.

Según la OPS (2004) el estado nutricional del adulto mayor está determinado por los siguientes factores socioeconómicos y ambientales:

- Pobreza o ingresos limitados
- Presencia de enfermedades agudas o crónicas
- Hábitos alimentarios incorrectos
- Aislamiento social
- Viudez
- Mal o ausente soporte familiar(viven solos)

Los siguientes factores son considerados como factores de riesgo de desnutrición relacionados con la edad:³

- Disminución de la actividad física.

³ OPS, (2004). *Mantenerse en forma para la vida: Necesidades nutricionales de los adultos mayores*, p. 67.

- Disminución del apetito.
- Disminución de la ingesta calórica

La evaluación del estado nutricional consta de los siguientes componentes:

a. Evaluación Dietética

Se la realiza mediante encuestas alimentarias se puede utilizar:

- Recordatorio de 24horas
- Alimentación habitual

b. Evaluación Antropométrica

Se realiza mediante la toma de las siguientes medidas e índices:

- IMC: el índice de masa corporal ajustado a la edad es sin duda el mejor indicador del estado nutricional del adulto mayor.
- Circunferencia de cintura: su valor predice el riesgo de obesidad.
- Índice cintura- cadera: expresa la distribución grasa tipo ginoide, androide y mixta.

No todos envejecen por igual. Por eso existen diferentes grupos o tipologías con distintos objetivos en la atención de los mismos, a saber:

Anciano sano, es el que no presenta enfermedad ni alteración funcional, mental o social alguna. Las actividades sobre este grupo son fundamentalmente preventivas y recaen en la Atención Primaria (educación alimentaria nutricional y promoción de hábitos alimentarios saludables).

Anciano enfermo, es el que presenta alguna afección aguda o crónica pero sin problemas funcionales, mentales o sociales. Es beneficiario de Atención Primaria y cuando es preciso, de intervenciones especializadas (educación alimentaria nutricional y tratamiento nutricional individual)

Anciano frágil, vulnerable o de alto riesgo, es el que presenta una serie de características médicas (procesos crónicos invalidantes, polifarmacia, etc.), deterioro funcional o mental, problemas sociales (ingresos insuficientes, aislamiento) o factores demográficos (mayores de 80 años) que son factores de riesgo de dependencia,

institucionalización y muerte. El principal objetivo en estos casos es la prevención y la atención (educación alimentaria nutricional y tratamiento nutricional individual).

Paciente geriátrico, es el que reúne tres o más de los siguientes requisitos: edad superior a 75 años, pluripatologías relevantes, la enfermedad principal tiene carácter incapacitante, patología mental acompañante, problemática social en relación con su estado de salud. En estos pacientes el principal objetivo es asistencial tanto terapéutico como rehabilitador (educación alimentaria nutricional y tratamiento nutricional individual).

Bajo Peso

Según el estudio Determinantes del riesgo de desnutrición en los adultos mayores de la comunidad: análisis secundario del estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado en México en 2007, la desnutrición- como estado patológico caracterizado por la falta de aportes adecuados de energía y nutrientes acordes con las necesidades biológicas- afecta a la salud en general de las personas, especialmente de los adultos mayores por su mayor vulnerabilidad. La investigación estudió a 821 adultos mayores, de los cuales más de un 30% presentaba riesgo de desnutrición.

Los adultos mayores son el grupo de mayor riesgo de desnutrición, tanto en la casa como durante una hospitalización. Esto es resultado de diversos cambios que suceden a medida que se va envejeciendo: disminución de los sentidos del gusto y el olfato, disminución de la cantidad de saliva, dentadura deficiente y problemas digestivos.

Estas alteraciones son parte del proceso natural ya que el cuerpo se deteriora a medida que va creciendo. A esta lista debe sumarse la falta de apetito del anciano, la cual no solo se explica por los cambios en el cuerpo, ya que también participan factores sociales tales como la pobreza, el abandono social, la falta de educación, la depresión y la demencia.

Ciertos de los factores que intervienen en la desnutrición de los mismos es el hecho que muchos estudios han demostrado que los adultos mayores consumen menos comida cuando lo hacen a solas, de tal forma que algo tan sencillo como acompañarles y ayudarles a comer representa un pilar fundamental para evitar que pierdan peso.

Otros factores que explican la desnutrición de los ancianos son los múltiples medicamentos que toman, muchas veces sin indicación del médico o debido a que acostumbran pasar muchas consultas abusando de los medicamentos que se les indica.

Por otra parte la desnutrición también es causada por los médicos, nutricionistas o familiares que les dan dietas muy estrictas cuando están comiendo con dificultad.

Toda persona que pierde de forma involuntaria 10% o más de su peso está en alto riesgo debido a desnutrición. Esto es válido incluso para una persona que está en sobrepeso u obesidad y pierde peso debido a una enfermedad.

En los adultos mayores la pérdida importante de peso aumenta el riesgo de caídas y fracturas de cadera debido a que la desnutrición ocasiona menor cantidad de músculo en la cintura y por lo tanto menor fuerza para caminar y poder valerse por sí mismos.

Además si ingresan desnutridos al hospital tendrán más infecciones, complicaciones posteriores a cirugías y mayor mortalidad.

Normo peso

En términos generales se puede afirmar que las personas mayores que no tienen ninguna enfermedad y mantienen una vida activa, a pesar de los cambios fisiológicos asociados a la edad, son los que mantienen un correcto estado nutricional y un peso adecuado a su edad y a sus necesidades.

Sobrepeso

Es el aumento del peso corporal por encima de un patrón dado en relación con la talla, sin embargo un exceso de peso, no siempre indica un exceso de grasa, ya que puede ser resultado de exceso de masa ósea, músculo o fluidos.

Obesidad

Según Rafael Velasco representante de la ONU 2011, dice que la obesidad es enfermedad en la cual, las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido graso

de los humanos, se incrementa hasta un punto en que hay aumento de la mortalidad. Es un factor de riesgo para enfermedades crónicas como: enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión arterial y algunas formas de cáncer.

Tiene origen multifactorial: genético, ambiental y psicológico. Es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo o hipertrofia general del tejido adiposo. La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica. Antes se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias negativas en salud.

La obesidad es factor causal de otras enfermedades: padecimientos cardiovasculares, dermatológicos, gastrointestinales, diabéticos y osteoarticulares.

2.1.1 Cambios en el Adulto Mayor

La Tercera Edad se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales determinados por el envejecimiento, de ahí que este sea considerado como “un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte”⁴

Tabla1 Cambios sistemáticos fisiológicos relacionados con la edad que afectan a la salud nutricional.

Aparato Cardiovascular
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos y del volumen del gasto cardíaco. • Aumento de la presión Arterial
Sistema Endocrino
<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de los niveles de estrógeno y testosterona. • Disminución de la secreción de hormona del crecimiento. • Reducción de la tolerancia a la glucosa. • Disminución de la capacidad de convertir la provitamina D a provitamina D en la piel.
Aparato Gastrointestinal.

⁴Papalia, D. (2007). *Desarrollo Humano*. P.566

<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la secreción de saliva y moco. • Falta de dientes o dentaduras que no ajustan bien. • Disfagia o dificultad para deglutir. • Reducción de la secreción de ácido clorhídrico y enzimas digestivas. • Peristalsis más lenta. • Reducción de la Vitamina B12.
<p>Sistema Musculo esquelético.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la masa corporal magra (masa ósea, musculo y agua) • Aumento de masa grasa. • Disminución del índice metabólico en reposo. • Disminución de la capacidad de trabajo (fuerza). • Pérdida de calcio de los huesos • Riesgo de artritis y artrosis
<p>Sistema Nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulación Embotada de la sed y del apetito • Regulación embotada • Reducción de la velocidad de conducción que afecta el sentido del olfato, el gusto el tacto y la cognición. • Cambios en el sueño debidos al acortamiento del ciclo de vigilia.
<p>Sistema Renal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del número de Nefronas. • Menos riego sanguíneo. • Velocidad de filtración glomerular más lenta.
<p>Aparato Respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de la capacidad respiratoria. • Reducción de la capacidad de trabajo (resistencia).

a. Biológicos

Todos los órganos no sufren en paso del tiempo de la misma forma, pero en algunas funciones del cuerpo se producen importantes modificaciones en esta edad.

Cambios en la composición corporal: Según Brown (2010), los cambios en la composición corporal se dan principalmente a nivel musculo esquelético, estos cambios están vinculados con niveles de actividad física, consumo de alimentos y cambios hormonales, entre los cambios de la composición corporal encontramos los siguientes:

a. Cambios en la masa corporal magra: en promedio la masa sin grasa decrecen un 15% entre los 25 y 75 años de edad equivalente a un promedio de 25 a 14 Kg, esta disminución se denomina sarcopenia.⁵

La OPS (2004), determina a la sarcopenia como causa directa de la disminución de la fuerza muscular relacionada con la edad, la cual constituye la causa principal de discapacidad.

Brown (2010), señala que la pérdida de masa muscular también se acompaña de la pérdida de minerales y líquido corporal, razón por la cual generalmente las personas mayores tienen menos reservas de minerales, líquidos y músculos a las cuales recurrir cuando se necesitan como en el caso de enfermedades.

b. Cambios en la masa corporal grasa: en la tercera edad generalmente se produce un aumento de la masa grasa corporal en un promedio de 15 a 26 Kg, la cual reemplaza a la masa muscular que desaparece, razón por la cual en la mayor parte de personas se produce un incremento en el peso.

El incremento de peso aunque no es inevitable tiende acompañar al envejecimiento, “la actividad física modera dicho cambio, en el caso de las mujeres este aumento de peso también está relacionado con la falta de estrógenos”⁶.

Según los estudios realizados al respecto por la Organización Mundial (OMS) de la Salud y por datos obtenidos de exploraciones clínicas en personas de la tercera edad se pueden señalar los siguientes:

Aparato respiratorio: Hay disminución de la capacidad vital, en un joven se mantiene entre 4,5 y 5 litros; mientras que en un anciano es alrededor de 3. El aparato respiratorio es poco resistente a los procesos infecciosos que cursan a veces sin fiebre. Una de las características del envejecimiento es el enfisema senil. Al lado del enfisema y precediéndolo a menudo, se presenta la bronquitis senil, como un trastorno muy común entre los ancianos.

⁵ Brown, J. (2010). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. P.460.

⁶ Brown, J. (2010). *Nutrición en las diferentes etapas de la vida*. P.461.

Aparato Cardiovascular: Todo el aparato circulatorio corazón, arterias, venas y linfáticos participa de los trastornos de la involución.

Hay disminución de la capacidad de trabajo cardíaco; con enlentecimiento o aceleración de la frecuencia cardíaca.

Las venas también alteran sus funciones; las de los miembros inferiores, por ejemplo, soportan una presión muy alta y que con los años las lleva a hacerse varicosas; derivándose en muchos casos en una dermatitis crónica y en último grado en ulceraciones.

La alteración involutiva más característica del aparato cardiovascular es la arteriosclerosis, que consiste en el engrosamiento del tejido conectivo.

Aparato Digestivo: Hay disminución de la motilidad intestinal; una ligera insuficiencia hepática es hallazgo común en el anciano, especialmente si corresponde a lo que ha sido dado en llamar un buen comedor. El hígado se debilita gradualmente, después de los 65 años ya no es capaz de metabolizar el azúcar con rapidez. El páncreas limita sus funciones a las necesidades del anciano y solo claudica cuando ha sido asiento de lesiones anatómicas que merman su capacidad funcional. La diabetes mellitus cuando se presenta pasados los 60 años por lo general tiene carácter benigno.

Aparato Urinario: El riñón senil participa de la atrofia general del organismo que envejece, sin embargo sigue cumpliendo a la medida de las necesidades orgánicas del anciano.

Aparato Locomotor: La fuerza muscular disminuye, hay limitación y lentitud en la producción de movimientos, frecuentemente temblor de extremidades y cabeza. A nivel de los huesos hay déficit de calcio, lo que hace al anciano propenso a las fracturas. En esta etapa la talla disminuye principalmente por atrofia de los discos intervertebrales.

Glándulas Endocrinas: Presenta atrofia e hipofunción generalizada, hay disminución en la secreción de andrógenos y estrógenos. La disminución de la resistencia al estrés es demostración de la inhibición de la actividad hipofisaria y cortico-suprarrenal.

Órgano de los Sentidos: Los más afectados por el proceso de involución son: el oído y la visión.

Vista: presenta reacción dificultosa de los ojos a los cambios de luz y distancia; el diámetro pupilar se encuentra disminuido. La tendencia a las cataratas corre paralela con la edad. La catarata senil es una opacidad blanquecina del cristalino que casi siempre comienza en la periferia y converge hacia el núcleo en forma radiada.

Oído: Este órgano presenta una progresiva disminución de la percepción de los tonos agudos extendiéndose poco a poco para los tonos graves, hasta la casi total pérdida de la audición.

Sistema Termorregulador: Hay disminución de la temperatura basal en el anciano.

a. Físicos

Si bien pueden distinguirse algunos cambios visibles como el cabello canoso, la piel arrugada y la espalda encorvada, Stuart-Hamilton dice que “Uno puede pensar en las personas de 70 años que se parecen al estereotipo de persona mayor (cabello gris, piel arrugada, etc.), pero puede recordar también a los individuos “bien conservados” que carecen de estos rasgos (agecacia).” (Stuart-Hamilton, 2003, p. 21) Con ello, el autor mencionado se refiere a las diferencias individuales que puede haber en el proceso de envejecimiento y que deberán tenerse en cuenta para no generalizar.

b. Psicológicos

Después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que le creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento. Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, porque ellos son los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social (Papalia, 1990). Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales.

La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdida. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte (Hoffman, 2003).

El envejecimiento se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuyen sus actividades y compromisos, lo cual ayudaría a las personas mayores a mantener su equilibrio siendo beneficiosos tanto para la persona como para la sociedad (Papalia, 1990; Hoffman, 1996).

c. Sociales

Las personas mayores de hoy en día se están dando cuenta de que sus compañeros de edad están cambiando. Tienen aspecto más juvenil, se sienten mejor y actúan con más vitalidad que sus padres y abuelos de la misma edad. Desde 1900, las formas de convivencia de las personas mayores han cambiado de tal forma que nada tienen que ver con las anteriores, es más probable que sean propietarios de sus casas, vivan por encima del nivel de pobreza y tengan menos hijos adultos (Hoffman, 2006).

Las elecciones de las formas de convivencia de las personas mayores, reflejan un equilibrio entre las metas de autonomía y de seguridad, por lo que no es sorprendente que la mayoría de las personas mayores vivan en casa normales, ya sea por su cuenta, con parientes o con otras personas que no sean familia. Los mayores-jóvenes (68-84 años), viven solos o con el cónyuge. La tendencia es “envejecer en el lugar”, permanecer en la casa donde educaron a sus hijos que la mayoría poseen. La casa está llena de recuerdos, al conocerla bien les otorga un sentido de competencia y el ser propietarios confiere estatus a la persona mayor. Son menos propensos a traslados o emigraciones, pero cuando lo hacen es por diversión, son bastante sanos y suelen tener suficientes ingresos, pero a medida que se acercan a edades mayores, la emigración es para estar cerca de los hijos u otros parientes. Los mayores-ancianos (mayores de 85 años) se ven obligados a depender de alguien, por lo que su traslado suele denominarse emigración de ayuda. Generalmente, se van a vivir con los hijos, a una residencia o a una institución que ofrecen cuidados personales pero no médicos ni sanitarios a nivel profesional.

El mundo del adulto envejece al tiempo que él lo hace. Se gastan las ideas que le rodean, la historia avanza ineludiblemente, la economía evoluciona. Todo ello se acompaña además con el hundimiento global de su generación en la noche del tiempo.

La sociedad que camina a su lado. Lo hace en una dirección contraria, de espaldas, incluso en contradicción con él.

La sociedad es mucho más real que un ente abstracto. Bajo el punto de vista de un anciano, es el entorno como él lo vive. Por lo tanto, se trata de un hábitat urbanístico cambiado, de una transformación de modas, técnicas, de la moral, y de la estética, de las concepciones sobre el trabajo y el tiempo libre. Todavía se ve implicado más directamente cuando todo ello le afecta personalmente: cuando sus amigos de 30 siempre, albaceas de su mundo, mueren, cuando los lugares donde vivió y esperaba reconocerse han sido reconstruidos y son irreconocibles.

Tampoco es de despreciar el desapego social que implican las limitaciones de renta económica. Muchas actividades, como clubs recreativos, viajes, escuelas especiales o actividades que los mismos ancianos podrían inventarse como colectivo, pueden realizarse disponiendo de cierta solvencia económica, y sobre todo, son fuente indirecta para crear nuevos contactos sociales.

Tabla 2 Factores de riesgo relacionados con la nutrición en geriatría

Factores Sociales
Institucionalización
Problemática socio-económica
Nivel cultural bajo
Soledad
Factores Funcionales
Pérdida de autonomía para las actividades de la vida diaria
Imposibilidad para autoalimentarse
Factores Físicos y Médicos
Mal estado de la boca o problemas de la deglución
Fármacos
Polifarmacia
Alcohol
Enfermedades: EPOC, hipertiroidismo, Mala absorción, cáncer, artritis reumatoide...
Factores Psicológicos, Cognitivos y Sociales
Depresión
Viudedad
Deterioro cognitivo

2.2 TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

Los trastornos gastrointestinales son todos aquellos que afectan a cualquier parte del aparato digestivo. El origen de este tipo de padecimientos puede ser químico, biológico o psicológico y representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial.

Sus principales síntomas son fiebre, diarrea, dolor y/o ardor abdominal, vómito o estreñimiento.

Los padecimientos de origen químico se deben a una intoxicación o envenenamiento causado por ingerir alimentos en mal estado o algún tipo de veneno.

Los trastornos gastrointestinales que tienen una causa psicológica son por lo general debido al estrés. El origen biológico de este tipo de mal es a causa de parásitos gastrointestinales que se pueden adquirir al consumir alimentos contaminados.

El Comité de Expertos de la OMS (2009) resume diciendo que la mayoría de las enfermedades por alimentos son de origen microbiano, que tal vez sea el problema más extendido en el mundo contemporáneo y una causa importante de la reducida productividad económica.

Estos trastornos se manifiestan con síntomas diferentes, de modo que, no se pueden describir bajo una única forma o síndrome. Sin embargo, dado que los microorganismos o toxinas ingresan al cuerpo a través del tracto gastrointestinal y frecuentemente causan los primeros síntomas allí, las náuseas, vómitos, calambres abdominales y diarrea, resultan ser los síntomas más comunes de muchas enfermedades de transmisión alimentaria. Las manifestaciones no sólo se limitan a estos signos gastrointestinales, ya que existen otros padecimientos que cursan con alteraciones neurológicas, cutáneas o sobre la función de órganos vitales.

Generalmente, el cuerpo es capaz de recuperarse por completo luego de un período corto de malestar agudo.

2.2.1 Enfermedades gastrointestinales en los adultos mayores

El riesgo de contraer una enfermedad causada por alimentos en los adultos mayores se acompaña de reacciones diversas, desde leves hasta fatales, junto con los

niños y los individuos inmunodeprimidos, los ancianos tienen mayor riesgo de padecer complicaciones graves por las enfermedades transmitidas por los alimentos.

Desde el punto de vista nutricional el envejecimiento afecta con mayor repercusión al tubo digestivo, sin olvidar así el impacto a nivel osteomuscular o del sistema inmunitario.

Las personas que viven en residencias para ancianos son especialmente vulnerables a los trastornos gastrointestinales relacionados con los alimentos, y el índice de mortalidad es 10 a 100 veces mayor respecto a la población general. Algunos factores de riesgo son las enfermedades, la inmunidad deficiente y el confinamiento con otros. Los pasos proactivos que llevan a cabo las residencias para ancianos para prevenir las enfermedades transmitidas por alimentos son: cocinar por completo los huevos y la carne y utilizar huevos pasteurizados y carne radiada con una menor carga de bacterias.

Los ancianos que viven en centros de asistencia, que reciben alimentos en sus hogares o comen en sitios donde se congregan numerosas personas, también tienen mayor riesgo de padecer enfermedades transmitidas por los alimentos que otros ancianos por su edad avanzada y por la mayor prevalencia de fragilidad.

2.2.2 Enfermedades gastrointestinales más frecuentes en los adultos mayores

Si analizamos el tubo digestivo de principio a fin, se puede observar que el envejecimiento afecta a este en toda su extensión.

Así un breve resumen

a) **A nivel oral**, podemos encontrarnos con una ausencia de piezas dentarias, con una capacidad de salivación disminuida y un menor número de papilas gustativas.

b) **En el esófago**, alteraciones de la motilidad del mismo, incompetencia de los esfínteres esofágicos a nivel superior e inferior y atrofia de la mucosa.

c) **A nivel gástrico**, disminución de la capacidad secretora, gastritis crónica atrófica y alteraciones de la función motora.

d) **Intestino**, atrofia de mucosa y vellosidades, alteraciones de la motilidad y mayor riesgo de aparición de divertículos.

e) **A nivel hepático pancreático**, nos encontramos con una disminución del tamaño de ambos órganos con una mínima repercusión funcional.

Las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento que traen consigo trastornos de la ingestión, digestión y absorción de los alimentos ocasionan frecuentemente las siguientes afecciones digestivas.

Disfunción gustativa

Son procesos que causan alteración en la cavidad bucal como es la alteración de la saliva, lesión de los receptores de las papilas gustativas entre otros.

Dentro de las causas más frecuentes de disfunción gustativa se pueden citar:

-Los procesos que condicionan una alteración de la saliva (en el período de senescencia existe un descenso en la secreción salival y se inhiben las funciones estimulantes de los receptores del gusto, de lubricación, digestiva, bactericida, entre otras).

-La lesión directa de los receptores papilares se origina de alteraciones gustativas (se puede producir en pacientes de edad avanzada ante estados de malnutrición y determinados por factores socioeconómicos que limitan la variedad y calidad de los alimentos digeridos).

Dispepsia funcional

Condición clínica caracterizada por anormalidades en la motilidad intestinal, aumento de la sensibilidad visceral y anomalías de la esfera psicoemocional.

- Anormalidades de la motilidad gastrointestinal (con la edad, en el aparato digestivo hay enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal y descenso en la secreción y velocidad de vaciado gástrico).

- Aumento de la sensibilidad visceral a los estímulos provenientes de la luz del tubo digestivo (la declinación de la relación entre los órganos y sistemas ocasiona,

durante el envejecimiento, una disminución consecuente del flujo esplácnico con vista a no afectar otras áreas de riesgo).

- Anomalías en la esfera psicoemocional (en la edad senil la declinación psíquica restringe los contactos humanos, lo cual significa apatía, depresión y anorexia)

Mala absorción intestinal

Se caracteriza por una absorción inadecuada de nutrientes desde el intestino hasta su incorporación al torrente circulatorio o a la linfa. Se considera que hay mala absorción cuando existen determinadas alteraciones en el interior del intestino, en su pared o en el transporte linfático.

Manifestaciones clínicas: diarrea, esteatorrea, pérdida notable de peso, anemia y desnutrición, derivadas del trastorno en la absorción de varios nutrientes, como grasas, proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales.

Básicamente la mala absorción es la consecuencia de la alteración de las siguientes funciones o, al menos, una de ellas.

a) **Digestión intraluminal:** en las personas de edad avanzada se altera la absorción intestinal, sin llegar a la mala absorción con esteatorrea, lo cual parece estar relacionado con una isquemia del intestino delgado, ya que la esteatorrea es más frecuente en los ancianos que han padecido ictus cerebral o infarto del miocardio.

b) **Digestión terminal:** La pared mucosa intestinal tiene un borde en cepillo donde se produce la hidrólisis de hidratos de carbono. La destrucción de este puede producir problemas de mala absorción. Con el envejecimiento disminuye el nivel de secreción enzimática necesaria para una función digestiva adecuada.

c) **Transporte transepitelial o fase absorptiva:** El envejecimiento trae consigo adelgazamiento y reducción de la superficie absorptiva en el intestino delgado, con la consecuente disminución de la absorción de agua, hierro, vitamina D y calcio. A veces se puede observar intolerancia al gluten (enfermedad celíaca) o a la lactosa.

d) **Transporte linfático:** Los trastornos circulatorios propios del envejecimiento afectan en alguna medida la circulación linfática.

Alteraciones metabólicas del hígado

El hígado es el órgano principal encargado de la bio transformación de los fármacos, sintetiza proteínas que transportan medicamentos en la sangre, mantiene la presión osmótica del líquido extracelular y sintetiza otras moléculas activas, como diversos factores de la coagulación. El envejecimiento de este provoca los siguientes cambios:

- Disminución del tamaño del órgano, así como del flujo sanguíneo con redistribución del flujo sanguíneo regional
- Reducción en la actividad de las enzimas hepáticas y de sus funciones metabólicas
- Disminución de la síntesis proteica, con reducción de la albúmina plasmática y de la vitamina k.

Incontinencia fecal

La continencia fecal es el resultado de la existencia de una serie de barreras para controlar la evacuación de las heces. Dichas barreras son reversibles y, al desaparecer, permiten la defecación. La continencia fecal incluye los siguientes mecanismos: llegada del contenido fecal al recto, distensión y acomodación rectal, respuesta del esfínter anal interno, sensación rectal y pélvica, además de la respuesta del músculo esquelético. Las heces se retienen habitualmente en el colon sigmoideo y se presentan en el recto solo de forma intermitente. La acomodación rectal a la distensión depende del sistema nervioso intrínseco y de su propia musculatura lisa.¹⁷

El esfínter anal interno es el principal responsable de mantener la posición de reposo en el conducto anal; su hipotonía se ha relacionado con la aparición de incontinencia fecal en ciertos grupos de pacientes, como en diabéticos, después de efectuadas dilataciones anales, en la senectud y en algunos individuos que presentan incontinencia neurogénica o idiopática

Diverticulosis intestinal y colónica

La diverticulosis intestinal y colónica es poco común antes de los 40 años y se incrementa con la edad, desde 5 % en la quinta década de la vida, hasta 50 % en la

novena. Cerca de 80 % de quienes la padecen están asintomáticos; esta se diagnostica mediante una exploración de colon (radiográfica o endoscópica), al intentar conocer la causa de las molestias abdominales.

El síntoma principal es el dolor abdominal continuo o intermitente, por lo general poco intenso y localizado sobre todo en la fosa ilíaca izquierda. Suele aliviarse con la evacuación o expulsión de gases o ambos y empeorar después de la ingestión de alimentos. En ocasiones la enfermedad diverticular del colon evoluciona con dolor intenso que dura desde unas horas hasta varios días y clínicamente es difícil de diferenciar de la diverticulitis aguda. Los pacientes pueden presentar, además, variación en el ritmo de las deposiciones (estreñimiento o diarrea o ambos), distensión abdominal, tenesmo rectal y expulsión de moco con las heces.

La localización colónica de los divertículos es la más frecuente de todo el tubo digestivo, pues estos aparecen en la zona comprendida entre la tenia muscular longitudinal mesentérica y las dos tenias antimesentéricas, junto con los pequeños vasos arteriolares, lo cual explica la patogenia de la hemorragia diverticular, sin diverticulitis. Se estima que 95 % de los divertículos de colon se localizan en el sigmoide. Con el paso de los años, los divertículos aumentan en número y tamaño, pero es poco frecuente que se extiendan a otras zonas del colon.

Es muy importante mencionar que hay enfermedades que se dan con más frecuencia en el adulto mayor debido a los trastornos gastrointestinales relacionados con la alimentación y son:

Estreñimiento

Este es un síntoma causado por numerosas enfermedades y otras circunstancias, caracterizado por su complejidad patogénica y fisiopatológica. Los ancianos son los más afectados por el estreñimiento, con una prevalencia del 23 y de 42 % en hombres y mujeres mayores de 60 años, respectivamente.

La evaluación diagnóstica en estos pacientes debe excluir, mediante las exploraciones pertinentes, las causas orgánicas locales (sobre todo el cáncer colorrectal) o las sistémicas, capaces de alterar el ritmo defecatorio; también es preciso revisar las condiciones higiénico-dietéticas, la ingestión de fármacos, así como también las condiciones familiares y socio sanitarias.

La mayor complicación del estreñimiento es la impactación fecal, casi siempre acompañada de incontinencia, lo cual puede ocasionar obstrucción intestinal.

El tratamiento de la impactación fecal se realiza mediante extracción digital, si es posible.

Diarrea

La diarrea es una de las alteraciones del aparato digestivo más frecuentes durante la tercera edad, y si bien no es mortal, puede ser peligrosa cuando no se atiende a tiempo ni se ofrece adecuada rehidratación.

El proceso diarreico o diarrea consiste en un aumento de la frecuencia de la defecación, que supera el ritmo habitual o normal de un individuo.

Para poder calificar un proceso digestivo como diarreico, no es necesario que las heces puedan aparecer líquidas o semilíquidas, aunque esto sea lo más común, sino que simplemente el número de deposiciones se vea notablemente incrementado, el dolor abdominal pueda aparecer (espasmos digestivos) y se tenga sensación de urgencia o de flatulencia, entre otros síntomas.

Clínicamente la diarrea se clasifica en:

Aguda: cuando su duración es inferior a dos semanas.

Crónica: cuando persiste por más tiempo.

Como se mencionó antes existe una clasificación general del proceso diarreico en agudo o crónico, pero de una forma más sistematizada, en el paciente anciano, ambas se pueden subdividir en varias categorías:

Tabla 3 Clasificación de la diarrea aguda y crónica

DIARREA AGUDA	Produce en la población anciana una elevada morbilidad, debido a que origina una alta deshidratación y desnutrición en este grupo etario	DIARREA CRONICA	Persistente o recurrente, suele ser debida a un colon irritable, o en su vertiente más grave a un tumor intestinal, a una inflamación del intestino como la colitis ulcerosa
---------------	--	-----------------	--

			o la enfermedad de Crohn, o a una incapacidad de digerir o de absorber los alimentos, como el que aparece en la enfermedad celíaca o en la enfermedad diverticular del colon.
Diarrea Infecciosa	La ocasionan bacterias como <i>Samonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Staphylococcusaureus</i> , <i>Campilobacter</i> y <i>Escherichiacoli</i> . Suele ser debida a intolerancias o toxiinfecciones alimentarias y en ocasiones, en comedores por falta de higiene en la manipulación de los alimentos.	Diarrea Inflamatoria	Relacionada con colitis ulcerosa, enfermedad de Cronh, o enterocolitis por radiación.
Diarrea Inducida por Fármacos	Se produce, sobre todo, en pacientes que suelen estar en una situación de polimedicación como es el caso de muchos ancianos.	Diarrea Osmótica	Asociada a síndrome del intestino corto, sobre crecimiento bacteriano o déficit de lactasa.
Diarrea del Viajero	Aparece como consecuencia de un viaje, por descomposición de la flora intestinal normal, por exposición a una flora bacteriana diferente o situaciones de estrés relacionadas con el viaje.	Diarrea Secretora	Se vincula a síndrome carcinoide, síndrome de Zollinger – Ellison o adenomas secretores de péptido intestinal vaso activo.
Diarrea Funcional	En algunos individuos ancianos es posible también la aparición de una diarrea funcional, que suele surgir por estados de índole neurótica o de conflicto psicológico, cuestión que puede presentarse en este grupo de edad por situaciones de estrés al	Diarrea por Motilidad Intestinal Alterada	Relacionada con síndrome de colon irritable o enfermedades neurológicas.

	ingresar en centros hospitalarios o socio sanitarios.		
--	---	--	--

Reflujo gastroesofágico

Se llama reflujo gastroesofágico cuando el contenido del estómago se regresa hacia el esófago, causando daño en la mucosa de este órgano y síntomas muy molestos.

La principal causa del reflujo gastroesofágico en el adulto mayor es la presencia de hernia hiatal, en este caso el esfínter está desplazado hacia el tórax y pueden alterarse sus funciones mecánicas, lo que hace que se presente el reflujo.

Los síntomas comunes del reflujo son las agruras y el despertar súbitamente durante la noche por sensación de “ahogamiento”.

En ancianos el diagnóstico clínico del reflujo gastroesofágico no complicado debe hacerse sólo una vez efectuadas las investigaciones apropiadas que excluyan lesión erosiva, estenosis péptica o neoplasias gástrica o esofágica. Además, esta población presenta mayor riesgo de ciertas complicaciones -como la displasia epitelial de Barrett o esófago de Barrett- y suele estar medicada con diversas drogas que incrementan el reflujo mediante la reducción de la presión del esfínter esofágico inferior.

La sintomatología incluye dolor, pirosis, regurgitación, distensión abdominal e indigestión. En los jóvenes, la pirosis y la regurgitación tienen una sensibilidad y especificidad de RGE del 74% y 48%, respectivamente. Si bien es común en jóvenes y ancianos, el reflujo gastroesofágico en estos últimos tiene mayor gravedad. Debido a que los mayores pueden experimentar disminución de la sensibilidad al dolor visceral, la pirosis no es tan frecuente (afecta a menos del 30%). La regurgitación ácida está presente en menos de un cuarto de los ancianos con reflujo gastroesofágico.

Los principales síntomas de reflujo gastroesofágico en los mayores incluyen disfagia, vómitos, problemas respiratorios, dolor epigástrico, pérdida de peso, anemia o hemorragia. La prevalencia de complicaciones por encima de los 60 años asciende al 81%; este índice alcanza el 47% en los más jóvenes. Por lo tanto, la enfermedad por reflujo es común en los ancianos y más grave, y debe sospecharse incluso cuando no se presenta la sintomatología que la caracteriza. Otras causas de disfagia en los mayores

incluyen patologías del sistema nervioso central, trastornos neuromusculares, lesiones estructurales locales, trastornos de la motilidad y obstrucción mecánica.

En primer término, el envejecimiento está asociado a cambios de la motilidad esofágica. La prevalencia de la hernia gastroesofágica aumenta con la edad y puede afectar la eliminación esofágica del ácido contenido en el reflujo. Por otra parte, en esta etapa de la vida la producción de bicarbonato salival es inferior en respuesta a la regurgitación ácida.

Una vez diagnosticado el reflujo gastroesofágico como motivo de la sintomatología del paciente, las opciones terapéuticas incluyen cambios en el estilo de vida, evitando en lo posible fármacos que alteren la presión del esfínter esofágico inferior y que acentúen el reflujo gastroesofágico.

Además se pueden presentar otro tipo de enfermedades como son las Etas que afectan seriamente al estado nutricional del adulto mayor y son:

Salmonella

Normalmente se encuentra en el tracto intestinal del hombre y de los animales.

Síntomas: náuseas, vómitos, cólicos abdominales, diarrea, fiebre y dolor de cabeza. El periodo de incubación es de 12 a 36 horas.

Consecuencias crónicas: Síntomas de artritis que pueden aparecer 3 a 4 semanas después de los síntomas agudos.

Alimentos Asociados: carnes crudas, pollo, huevos, leche y derivados lácteos, pescados, gambas, patas de rana, salsas y aliños para las ensaladas, mezclas para pasteles, postres a base de crema, gelatina en polvo, manteca de maní (cacahuete), cacao y chocolate.

Escherichiacoli

La *Escherichiacoli* es un habitante normal del intestino de todos los animales. La *Escherichiacoli* 0157:H7 es una variedad de la bacteria que habitualmente produce la colitis hemorrágica. Algunas personas infectadas (sobre todo cuando ocurre en los niños) pueden desarrollar el síndrome urémico hemolítico, caracterizado por una falla renal y

una anemia temporal. Esta enfermedad puede dejar como secuela una insuficiencia renal.

Síntomas: cólicos severos (dolor abdominal) y diarrea que inicialmente es líquida y luego se torna sangrienta. También pueden producirse vómitos. La fiebre suele ser baja o no manifestarse. La enfermedad puede llevar a una pérdida permanente de la función renal. El periodo de incubación es de 3 a 9 días.

Alimentos asociados: carne bovina cruda o molida (hamburguesas), leche cruda, lechuga, jugos de manzana y todo alimento que se haya contaminado con materia fecal.

Campylobacterspp

Fue aislado de bovinos saludables, pollos, aves e insectos como moscas. A veces está presente en aguas no tratadas como arroyos y estanques.

Síntomas: diarrea, que puede ser acuosa o mucosa, y a veces puede contener sangre (normalmente oculta) y leucocitos (glóbulos blancos) en la materia fecal, fiebre, dolor abdominal, náuseas, dolor de cabeza y dolor muscular. El periodo de incubación es de 2 a 5 días.

Alimentos asociados: pollo insuficientemente cocido y leche cruda. La bacteria puede contaminar otros alimentos por contaminación cruzada.

Listeria monocytogenes

Puede aislarse de la tierra y otras fuentes medioambientales.

L. monocytogenes es muy resistente y puede sobrevivir perfectamente a los efectos del congelamiento, desecación y calentamiento.

No forma esporas.

La *Listeria*, a diferencia de otros microorganismos, puede reproducirse a bajas temperaturas, incluso en la heladera. Puede resistir al calor, las sales y los nitritos, mucho más que otros microorganismos. Pero al igual que el resto de las bacterias, la adecuada cocción y la pasteurización la destruyen por completo.

Síntomas: Algunas personas pueden presentar síntomas semejantes a una gripe con fiebre persistente y evolucionar para síntomas gastrointestinales. Los síntomas se pueden manifestar de 3 a 21 días.

Alimentos asociados: leche cruda o mal pasteurizada, quesos (principalmente las variedades levemente maduradas), helados, verduras crudas, salchichas fermentadas crudas, pollo crudo y cocido, carnes crudas (todos los tipos) y pescado crudo y ahumado.

Clostridium botulinum

Clostridiumbotulinum es el nombre de la bacteria que produce la enfermedad del botulismo. Es formador de esporas y un potente productor de neurotoxina.

El botulismo de herida: es la forma más rara de esta enfermedad. La enfermedad ocurre de forma similar al tétano.

El botulismo de origen alimentario: es la forma más grave de intoxicación alimentaria causada por la ingestión de alimentos que contienen la potente neurotoxina, formada durante el crecimiento del *Clostridiumbotulinum*.

La toxina puede destruirse por calentamiento a 80°C (176°F) durante por lo menos 10 minutos.

La incidencia de la enfermedad es baja, pero es considerada de interés debido a la elevada tasa de mortalidad si no se diagnostica y trata apropiadamente.

Síntomas: fatiga extrema, debilidad y vértigo, normalmente seguidos por visión doble y dificultad progresiva de hablar y engullir. Parálisis flácida.

Los síntomas gastrointestinales pueden incluir dolor abdominal, diarrea o congestión. El período de incubación es de 12 a 36 horas, pero puede extenderse hasta 8 días en algunos casos.

La muerte ocurre por insuficiencia respiratoria y obstrucción de la entrada de aire en la tráquea.

Alimentos asociados: Los alimentos que fueron mal procesados o crudos que tienen esporas y luego se conservan en condiciones de temperatura y pH que permiten la multiplicación de la bacteria y el desarrollo de la toxina. En general alimentos que no sean

calentados antes del consumo. Ejemplos: palmito, maíz en conserva, pimienta, frijol verde, sopas, remolacha, espárragos, hongos, aceitunas, espinaca, atún, pollo, hígado de pollo y paté de hígado, carnes frías, jamón, salchichas, berenjena rellena, langosta, pescado salado y ahumado.

Clostridium perfringens

Está ampliamente distribuido en la atmósfera y se halla frecuentemente en el intestino humano y de muchos animales domésticos y salvajes. Las esporas del microorganismo están presentes en el suelo, sedimentos y áreas sujetas a la polución fecal por humanos y animales.

Síntomas: intensos cólicos abdominales y diarrea en un periodo de incubación de 8 a 12 horas después de comer.

Alimentos asociados: La preparación de alimentos para colectividades (como escuelas, cafeterías, hospitales, alojamientos, penitenciarías, etc.) es la causa más común de intoxicación por *C. perfringens*, y ocurre cuando una gran cantidad de alimento se prepara muchas horas antes de servirlo. El *Clostridium perfringens* se puede reproducir durante una cocción de grandes cantidades de alimentos a fuego muy lento, y está muy asociado al consumo de carne cocida.

Las carnes y derivados, y los caldos de carne son los más peligrosos.

Staphylococcus aureus

La presencia de esta bacteria en animales tiene como consecuencia la contaminación de los alimentos, principalmente de leche obtenida de animales con mastitis. Es una toxina resistente a la temperatura.

Síntomas: náusea, vómito, sensación de angustia, cólico abdominal y postración.

Alimentos asociados: carnes y derivados; aves y derivados del huevo; ensaladas con huevos, atún, pollo, papa y pastas; productos de panificación como pasteles rellenos con crema, tortas de crema, rellenos de bocadillos además de leche cruda y productos lácteos.

2.3 ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR

La alimentación es muy importante en todas las etapas de la vida, pero se vuelve notoriamente más importante en situaciones especiales. Una de ellas es en la etapa del adulto mayor.

En la etapa de la adultez mayor, la nutrición es muy importante para la salud física y emocional. Por ello, la dieta que lleven los adultos mayores debe ser equilibrada, variada y gastronómicamente aceptable. La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito y bien presentada, apetecible y además de fácil trituración o desintegración y digestión.

El adulto mayor debe tener una alimentación variada, en la que diariamente se incluyan frutas; verduras; leche o productos lácteos con poca grasa; carnes o legumbres; pan; cereales (arroz, sémola, fideos) Asimismo, debe preferir el pescado, pavo o pollo y evitar las carnes rojas, por su alto contenido de colesterol.

Tabla4Tabla de alimentación para los adultos mayores

GRUPO DE ALIMENTOS	RACIONES	PESO MEDIO POR RACIÓN (gramos)
Lácteos y derivados	4 raciones al día	200 ml leche = 2 yogures = 25 g queso maduro = 50 g queso fresco
Carnes y aves	4/5 raciones a la semana	90 – 120 g.
Pescados	6/8 raciones a la semana	100 – 150 g.
Huevos	3/4 unidades a la semana	60 g.
Verduras y hortalizas	2 raciones al día crudas o cocinadas	Un plato hondo sin colmar
Pan	1 o 2 raciones al día	40 – 60 g.
Cereales	3 raciones al día	30 g.
Arroz, pasta y legumbres	4/5 raciones a la semana	60 – 80 g crudo
Fruta	3/4 piezas al día	40 – 60 g.

Estos alimentos permiten vivir saludablemente, porque aportan suficientes proteínas, grasas esenciales, minerales, vitaminas, hidratos de carbono y agua.

Gracias a ellos, el cuerpo funciona bien y crea los mecanismos para defenderse de las enfermedades.

Es importante tener en cuenta los cambios que se producen en esta etapa, algunos de ellos son alteraciones en el gusto, olfato, pérdida de piezas dentarias, disminución de la salivación (que condicionan una boca seca que obliga a modificar el tipo de alimentación para que puedan deglutir más fácilmente), producción de gran cantidad de gases, y en ellos es frecuente el estreñimiento.

Problemas orgánicos como: la hipertensión, cardiopatías, diabetes, reumatismos, hepatopatías, nefropatías, cáncer, etc. así como los medicamentos utilizados para el tratamiento de las mencionadas enfermedades originan con relativa frecuencia problemas gastrointestinales, además de interferir en ocasiones con la absorción de vitaminas, minerales u otros importantes componentes de los alimentos.

Si a todo esto agregamos los problemas psicológicos que pueden ocurrir por soledad, pérdida de algún familiar querido, depresiones, etc. que favorecen la disminución del apetito. Así como la disminución de ingresos monetarios origina una alteración en la adquisición de alimentos, tanto en calidad como en cantidad. Las incapacidades físicas para cocinar son también un importante factor a considerar en la alimentación de este grupo de personas.

2.3.1 Alimentos recomendados para los adultos mayores

Una alimentación adecuada es fundamental en cada una de las etapas de nuestra vida desde la infancia hasta la vejez. Los adultos mayores necesitan los mismos nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales) que los jóvenes, pero en cantidades diferentes. Algunos pueden ser más necesarios que otros; como el caso de la fibra que ayuda a prevenir el estreñimiento en los adultos mayores que lo padecen.

Conforme envejecemos, requerimos menos energía cuando éramos jóvenes. Esto se debe a que los procesos naturales del organismo requieren menor energía cuando disminuye la actividad física y hay una menor masa muscular.

La dieta de los adultos mayores debe ajustarse a las necesidades particulares de cada individuo y siempre deben ser adecuadas a su organismo con el fin de proporcionarles una buena calidad de vida.

A continuación se presenta las principales características y cantidades recomendadas de los alimentos:

Tabla 5 Cantidad aproximada por ración y número de raciones por grupos de alimentos que se deben aportar diariamente para conseguir una alimentación saludable para personas mayores

ALIMENTOS	CANTIDAD RECOMENDADA POR RACION	NUMERO DE RACIONES
Carbohidratos		
Pan	40 – 60 g	4 - 6
Arroz o pasta	60 – 80 en crudo	
Papas	150 – 200 g	
Legumbres Secas	60 – 80 en crudo	
Legumbres frescas o cocinadas	250 – 300 g	
Cereales de Desayuno	60 – 80 g	
Galletas tipo María	50 – 60 g	
Verduras y Hortalizas	150 – 200 g	2 - 3
Frutas	120 – 200 g	2 - 3
Carnes, pescados y huevos		
Carne	100 – 125 g	2
Pescado	125 – 150 g	
Huevo Entero	100 – 125 g (2u)	
Lácteos		
Leche	200 – 250 ml	3
Yogur	200 – 200	2
Queso Fresco	80 – 125 g	
Queso Semi maduro	40 – 50 g	
Queso Seco	20 – 30 g	
Grasa		
Aceite	10 ml (1 cucharada sopera)	3 – 4
Azúcares de Adición		
Azúcar, cacao, mermelada o miel	Consumo moderado	
Líquidos	200 ml	5 – 8

Leche y derivados

Contienen proteínas de alta calidad y calcio. Conviene controlar los lácteos ricos en grasa y los quesos por su riqueza en sal, aportan, además, agua.

Carnes

Son ricas en proteínas y hierro, se debe consumir carnes magras como: pollo o pavo sin piel, de ternera y cerdo consumir preferiblemente lomo, además de conejo, pescados pobres en grasa, y se debe evitar embutidos grasos y elegir los pobres en sal y en el caso de las vísceras solo es recomendable el hígado por su riqueza en hierro.

Verduras y hortalizas

Es conveniente consumir algunas de ellas en crudo preferentemente se debe incluir en las ensaladas tomate por su riqueza en vitamina A y su facilidad al masticar.

Frutas

Muchas veces son rechazadas por su dureza. Para evitarlo, se recomienda consumirlas en forma de zumos, batidos naturales, compotas, asadas o fruta fresca troceada. Las frutas en almíbar y las mermeladas deben consumirse moderadamente ya que aportan gran cantidad de azúcares simples, aunque pueden ser interesantes en caso de personas con inapetencia. Además deben lavarse bien y consumirlas de preferencia maduras y peladas.

Cereales

Son recomendables, los integrales que van a aportar fibra, lo que le va a ayudar a prevenir problemas de estreñimiento, en caso de presentar problemas de masticación se puede preparar papillas y purés.

Frutos secos

Por su riqueza en grasa y fibra pueden ser de difícil digestión

Azúcares y semejantes

Aportan calorías vacías, y en el caso de los dulces se debe consumir de forma moderada, y preferentemente de elaboración casera con el empleo de aceite de oliva en lugar de mantequillas y margarinas.

Aceites

Se utilizará preferentemente aceite de oliva para cocinar y condimentar, ya que aparte de los beneficios demostrados que tiene sobre la salud, aporta un aroma y sabor inconfundible, tradicional y muy aceptado por las personas de edad avanzada.

Hay que utilizar moderadamente todas aquellas técnicas culinarias que pueden incrementar el contenido graso de la dieta, como las frituras, los rebozados, apanados, y preparaciones en salsa.

Alcohol

Debe moderarse el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente las de alta graduación. Si no existe contraindicación médica se puede consumir 1 ó 2 copas de vino o cerveza al día.

Condimentos

Es aconsejable limitar el consumo de sal y emplear condimentos suaves y aromáticos tales como: ajo, albahaca, azafrán, canela, cebolla, clavo, comino, estragón, laurel, limón, vinagre, romero, tomillo, perejil, pimienta, vainilla, azúcar, miel o aceite de oliva, todos estos condimentos dan sabor y aportan nutrientes.

2.3.2 Tipos de preparaciones recomendadas

Hervir

Método básico de cocinado con elementos húmedos por concentración. Se basa en introducir el producto en un líquido que se encuentre en ebullición, de esta forma la coagulación de los proteínas impedirá la salida de jugos naturales del producto que se va a cocinar. Para ello se debe alcanzar y mantener el punto de ebullición.

En vegetales ayuda a mantener el color y sabor natural manteniendo sus nutrientes, pero su cocción es rápida por lo que debe cuidarse su tiempo. Se utiliza para cocer carnes, mariscos, huevos, vegetales. Los vegetales se deben cocer rápidamente, debiendo refrescarse en un baño con hielo inmediatamente para mantener su color y textura.

Al vapor

Se trata de un método de cocción en el cual se mantienen todos los nutrientes de los alimentos dando el efecto de concentración, además se conserva el color y sabor de vegetales, pescados y mariscos.

Los alimentos a diferencia del hervido no entran en contacto con el agua, con lo que se evita que se rompan y endurezcan. Estos se deben colocar en una rejilla dispuesta sobre un recipiente con líquido el cual al hervir transforma su estado a gaseoso. Debe ser tapado para evitar que el vapor salga, controlar la temperatura y la cantidad de agua.

Guisar

Este método si bien utiliza el medio húmedo para la cocción, se lo denomina mixto ya que inicia con el sellado de en un medio graso, que aporta color, sabor y retiene los líquidos. Aquí los trozos de carne se cortan pequeños, luego del sellado se añade vegetales y condimentos, se cubre con caldo o agua y se deja cocer hasta que la carne este blanda. Al final la carne quedará aromatizada y los jugos podrán reducirse para formar una salsa; durante la preparación podrán agregarse otros elementos de menor tiempo de cocción como vegetales, papas, hongos, entre otros.

Salteado

Es un método por concentración, se basa en el cocinado de porciones pequeñas de un producto sometidas a fuego vivo con poca grasa durante un periodo de tiempo corto y produciendo movimientos de vaivén en una sartén de paredes curvas, provocando la transformación del producto sin pérdida de jugos naturales.

Horno

Es un método en que los alimentos se cuecen en un ambiente seco por lo que se deshidratan. Se suele hornear trozos grandes como aves enteras, piernas de cerdo, aunque también se aplica a piezas más pequeñas o con relleno como pechugas de pollo o lomos.

También puede asarse vegetales, papas o frutas. Para hornear se utiliza una bandeja poco profunda o con rejilla dependiendo del tiempo de horneado, se suele agregar

también grasa o algo de líquido para su cocción, mecharse o envolverse (albardar) con grasa. Las piezas que tengan abundante grasa deberán colocarse con ésta hacia arriba. Los productos al horno pueden ser previamente aromatizados con una marinada o insertados elementos aromatizantes como hierbas y especias.

Las carnes deben cocerse procurando el grado de cocción interno no sobrepase el establecido y reseque la carne, para ello se utilizara un termómetro. Los pescados pueden ser horneados cubiertos con capas de sal marina o envueltos en papel para mantener sus jugos.

Parrilla o Grill

Es un método de cocción rápida para carnes tiernas, se utiliza una fuente de calor vivo para obtener una superficie dorada y el interior jugoso.

Para que la cocción sea uniforme se debe cortar las piezas en tamaño regular; estas pueden ser marinadas previamente, y el tiempo dependerá de su volumen y lo cerca que estén de la fuente de calor.

La parrilla puede generar su calor por gas, siendo su temperatura es más fácil de controlar, a diferencia de las parrillas que se calientan por efecto de brasa del carbón o la leña, su temperatura es muy variable.

2.3.3 Hábitos alimentarios en los adultos mayores

La manera de alimentarse de cada persona es un reflejo no sólo de los hábitos aprendidos, sino también de la propia forma de pensar. Todas las personas mayores tienen bien establecidos unos hábitos de comida que se han consolidado con el paso de los años.

En la mayoría de los casos estos hábitos se formaron inconscientemente, comenzando en la primera infancia. Se basan, en parte, en la educación recibida, y también en los gustos y preferencias de cada individuo, modificados por algunos condicionantes externos, como los medios económicos disponibles para obtener el alimento. Son por ello también un reflejo de la cultura de cada individuo.

Las preferencias al comer terminan por formar parte de la forma de ser y no se cambian con facilidad a esta edad. Generalmente, sólo una enfermedad o una clara

percepción de que lo que se come es inadecuado (por cualquier razón) hacen cambiar la dieta a una persona mayor.

Aunque los hábitos alimenticios estén muy arraigados, puede que no sean adecuados.

Sin embargo, cuando se va haciendo mayor se llega un momento en el que la revisión cuidadosa y crítica de los hábitos alimenticios, y la introducción de pequeñas modificaciones dirigidas a conservar la salud y mejorar el bienestar, es especialmente beneficiosa.

No es normalmente necesario, ni posible, ni beneficioso, modificar los hábitos alimenticios de raíz y por completo en la vida adulta. Pero revisarlos, e introducir algunas modificaciones en ellos cuando sea oportuno, debería ser obligado.

2.4 INOCUIDAD ALIMENTARIA

“Según la OMS La inocuidad de los alimentos engloba acciones encaminadas a garantizar la máxima seguridad posible de los alimentos. Las políticas y actividades que persiguen dicho fin deberán de abarcar toda la cadena alimenticia, desde la producción al consumo.” OMS (2007)

El concepto de Inocuidad de Alimentos se define como “la garantía de no hacer daño como una responsabilidad compartida, que agregue valor tanto al productor como al consumidor para que sea sostenible en el tiempo”. Este concepto ha sido ejecutado por varios países aunque son pocos los que tienen información al respecto.

La inocuidad alimentaria es un proceso que asegura la calidad en la producción y elaboración de los productos alimentarios.

La preservación de alimentos inocuos implica la adopción de metodologías que permitan identificar y evaluar los potenciales peligros de contaminación de los alimentos en el lugar que se producen o se consumen, así como la posibilidad de medir el impacto que una enfermedad transmitida por un alimento contaminado puede causar a la salud humana.

2.4.1 Importancia de la inocuidad de los alimentos en los Adultos Mayores

Una alimentación adecuada es fundamental para la salud. Los alimentos aportan la energía y los nutrientes esenciales que todos los seres humanos necesitamos para mantener un buen estado nutritivo, siendo así los adultos mayores uno de los grupos más importantes para tratar con una nutrición adecuada. La Salud a diferencia de lo que muchos creen, no es la ausencia de enfermedad, sino que debe ser entendida como un completo estado de bienestar físico, mental y social. El aporte de alimentos sanos es fundamental para una nutrición adecuada, pero también lo es para evitar enfermedades por su consumo.

Una defectuosa preparación, cocción o almacenamiento de un alimento, son las principales causas para la aparición de las bacterias en cualquier plato de comida, que comienzan a multiplicarse y hacen que el consumo del alimento sea peligroso para la salud.

La presencia de bacterias no siempre se hace visible en los alimentos, no siempre presentan cambios de sabor, olor o, incluso, alteraciones en su aspecto. El objetivo de la higiene en este sentido es garantizar la producción y elaboración de alimentos que sean inocuos y limpios. Un alimento inocuo es la garantía de que no causará daño al consumidor cuando el mismo sea preparado o ingerido, de acuerdo con los requisitos higiénico-sanitarios.

La inocuidad alimentaria es un proceso que asegura la calidad en la producción y elaboración de los productos alimentarios. Garantiza la obtención de alimentos sanos, nutritivos y libres de peligros para el consumo de la población.

La preservación de alimentos inocuos implica la adopción de metodologías que permitan identificar y evaluar los potenciales peligros de contaminación de los alimentos en el lugar que se producen o se consumen, así como la posibilidad de medir el impacto que una enfermedad transmitida por un alimento contaminado puede causar a la salud humana.

Según lo establece el Codex Alimentarius el código que reglamenta la calidad e inocuidad de los alimentos- un alimento se considera contaminado cuando contiene: agentes vivos (virus o parásitos riesgosos para la salud); sustancias químicas tóxicas u

orgánicas extrañas a su composición normal y componentes naturales tóxicos en concentración mayor a las permitidas

2.4.2 Higiene y manipulación de los alimentos

La manipulación y preparación de alimentos bajo medidas de extrema higiene es un factor clave en cualquier proceso ya sea catering, industrial o casero, pues es la única manera de garantizar la salud de la población. La concentración urbana, el aumento de la población mundial, y el consiguiente incremento en la demanda de alimentos, hicieron que se aplicaran nuevas tecnologías para lograr una producción que asegure la provisión humana.⁷

La higiene de los alimentos comprende las condiciones y medidas necesarias para la producción, elaboración, almacenamiento y distribución de los alimentos, destinadas a garantizar un producto inocuo, en buen estado y comestible, apto para el consumo humano. Se busca alcanzar, alimentos libres de contaminantes, tanto microbiológicos, químicos o físicos con el objetivo de que no representen riesgos para la salud del consumidor.

Desde el momento de su producción hasta el de su consumo, los alimentos están expuestos a la contaminación ya sea por agentes naturales o debido a la intervención humana.

Los agentes naturales son bacterias, hongos, levaduras o sus toxinas, y pueden desarrollarse tanto en alimentos frescos como procesados, causando enfermedades en quienes ingieren esos productos.

La higiene y manipulación cuidadosa de los alimentos y utensilios es posible prevenir para evitar consecuencias indeseables para nuestra salud.

⁷ Revista Restaura " La Importancia de la inocuidad en manipulación de los alimentos"

a. Acceso a alimentos

El acceso de las personas a los alimentos (recursos a los que se tiene derecho) es esencial para adquirir alimentos apropiados y una alimentación nutritiva.

Estos derechos se definen como el conjunto de todos los grupos de productos sobre los cuales una persona puede tener dominio en virtud de acuerdos jurídicos, políticos, económicos y sociales de la comunidad en que vive (comprendidos los derechos tradicionales, como el acceso a los recursos colectivos).

b. Utilización Biológica de los Alimentos

La utilización biológica está relacionada con el estado nutricional, como resultado del uso individual de los alimentos (ingestión, absorción y utilización). La inadecuada utilización biológica puede tener como consecuencia la desnutrición y/o la malnutrición.

c. Educación Nutricional

En esta etapa de la vida la educación alimentaria-nutricional puede ser una tarea especialmente difícil, ya que se trata de personas con unos hábitos alimentarios muy arraigados y, por lo tanto, difíciles de cambiar, se puede, y de hecho, se debe llevar a cabo. Ahora bien, en este proceso será necesario contar con la colaboración tanto de cuidadores y responsables de la restauración colectiva como de profesionales sanitarios, y siempre habrá que tener en cuenta la pérdida de capacidades fisiológicas que tiene lugar con la edad, y, en el caso de personas de vida libre (propio domicilio), factores adicionales como la situación socioeconómica, capacidad de desarrollar las tareas de compra, cocinado.

2.5 CRITERIOS DE CALIDAD QUE DEBEN CUMPLIR LA ALIMENTACIÓN DE UN CENTRO GERIÁTRICO

Una alimentación de calidad para los adultos mayores, desde el punto de vista nutricional es aquella que se adapta a sus necesidades, responde a su cultura alimentaria, se adapta a los recursos disponibles y no crea problemas digestivos y le proporciona confort.

Desde el punto de vista del anciano es aquella que le proporciona satisfacción sensorial en relación con el sabor, textura, consistencia, tamaño de la ración y que sacie su apetito y le haga sentirse bien.

Además que cumpla con ciertos parámetros como se mencionan a continuación:

Calidad nutricional: la alimentación y/o dietas deben garantizar la cobertura de los requerimientos del colectivo, procurando que la densidad energética y nutritiva esté de acuerdo con las posibilidades reales de ingesta de los comensales. Este punto es vital para la prevención de la malnutrición frecuente en estas edades.

Calidad higiénica: se debe garantizar la manipulación higiénica de los alimentos y de todas las preparaciones, estableciendo un protocolo adecuado que asegure el control sanitario de los manipuladores y de todos los puntos críticos de la cadena desde la compra, recepción, almacenamiento, elaboración, conservación, distribución y consumo (cocina, comedor) y vigilancia de las sobras y eliminación de desperdicios.

Calidad sensorial: control máximo de las características organolépticas de las preparaciones (color, sabor, olor, texturas), así como la buena digestibilidad de las comidas servidas para asegurar la máxima calidad gastronómica.

Calidad de servicio: cuidar con esmero las presentaciones de los platos y el buen ambiente del comedor, así como la buena compañía, ya que este punto incide en el bienestar social de los adultos mayores y ayuda a prevenir muchos trastornos físicos y psíquicos.

La planificación de la alimentación en un centro geriátrico debe realizarse en colaboración con el servicio de restauración y el personal sanitario, teniendo muy presentes las preferencias y costumbres de los adultos mayores, estableciendo un Manual de dietas y buenas prácticas, donde se reflejen las dietas disponibles en dicho centro y las normas que afectan a su elaboración.

2.5.1 Recomendaciones Nutricionales

Las recomendaciones nutricionales para las personas mayores de 60 años han sido consideradas las mismas que las de los adultos más jóvenes durante mucho tiempo, pero los cambios producidos por el envejecimiento deben tenerse en cuenta así como las

enfermedades y los tratamientos farmacológicos modifican la necesidad o la eficiencia de la utilización de algunos nutrientes.

La forma fisiológica de nutrirnos es mediante los alimentos, siguiendo una alimentación suficiente, variada y equilibrada, en la que estén presentes todos los grupos de alimentos y procurando que el contenido energético no sea inferior a 1.700-1.800kcal/día; en general, se pueden cubrir las necesidades nutricionales.

A menudo, la alimentación de las personas mayores no es suficiente, variada ni equilibrada, ya sea por hábitos alimentario sin adecuados, depresión, anorexia, falta de recursos económicos, discapacidades físicas o mentales, lo que tiene como consecuencia un estado nutricional deficiente.

El proceso del envejecimiento comporta múltiples cambios físicos que junto con los cambios económicos y sociales deben ser considerados para adecuar las propuestas alimentarias a las diversas y complejas situaciones individuales.

2.5.2 Esquema diario de Alimentación Saludable para Adultos Mayores

- **DESAYUNO**

Lácteo: leche semidescremada o descremada o yogur o queso

Carbohidrato: pan, cereales o bollería no grasa, alternando con jamón cocido, aceite, mermelada

Fruta: una pieza de fruta fresca, compota o un zumo pequeño.

- **MEDIA MAÑANA**

Una infusión o algún líquido, o fruta.

- **ALMUERZO**

Carbohidrato: pasta, arroz, o papas

Hortalizas: crudas o cocidas (plato o guarnición).

Proteína: carne magra o pescado (blanco o azul).

Fruta: cruda o cocida (al horno, conservada al natural o en almíbar).

- **MEDIA TARDE**

Lácteo: yogur o leche (poco azucarado o con un poco de miel), o zumo o infusión.

Carbohidrato: galletas, tostadas, o bizcochos.

- **MERIENDA**

Carbohidratos y verduras: sopa, pasta, verduras o papas y verduras.

Proteína: pescado o queso o huevo

Fruta: una pieza de fruta de temporada o un pequeño zumo sin azúcar

Pan: (opcional).

- **AL ACOSTARSE**

Líquido: leche caliente o una infusión.

Si no existe un trastorno lipídico importante, mejor inclinarse por la leche semidescremada

Adecuar la textura de estos platos a las posibilidades de masticación, al igual que las carnes.

Los huevos completos deben limitarse a 2-4 semanales. No obstante, se pueden utilizar claras para hacer tortillas con queso o atún, por ejemplo, o en forma de postre tipo merengue, ya que la restricción acostumbra a estar relacionada con el contenido lipídico de este alimento y toda la grasa se halla en la yema.

2.6 HIPÓTESIS

Los adultos mayores que presentan más alteraciones gastrointestinales, son aquellos que muestran problemas de malnutrición, es decir por exceso o déficit de nutrientes.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	ESCALA	INDICADORES
SEXO	División de los seres humanos en dos posibilidades solamente, hombre y mujer.		Femenino Masculino	Distribución porcentual
EDAD	Tiempo en el que un ser vivo ha vivido desde que nació		65 a 74 años 75 a 84 años 85 y más años	Distribución porcentual
PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN DEL ADULTO MAYOR	Es importante cuidar la forma de alimentarse, ya que la misma se relaciona directamente con la calidad de vida de la persona.	PERSONA QUE PREPARA LOS ALIMENTOS	Persona misma Cónyuge Hijos Nietos Empleada	Distribución porcentual
		COMIDAS AL DÍA	Desayuno Lunch am Almuerzo Lunch pm Merienda	
		CANTIDAD DE CONSUMO DE ALIMENTOS	100% 75% 50% 25% 0%	Distribución porcentual
		LUGAR DONDE CONSUME LOS ALIMENTOS	Casa Hogar La Esperanza Otro sitio	Distribución porcentual

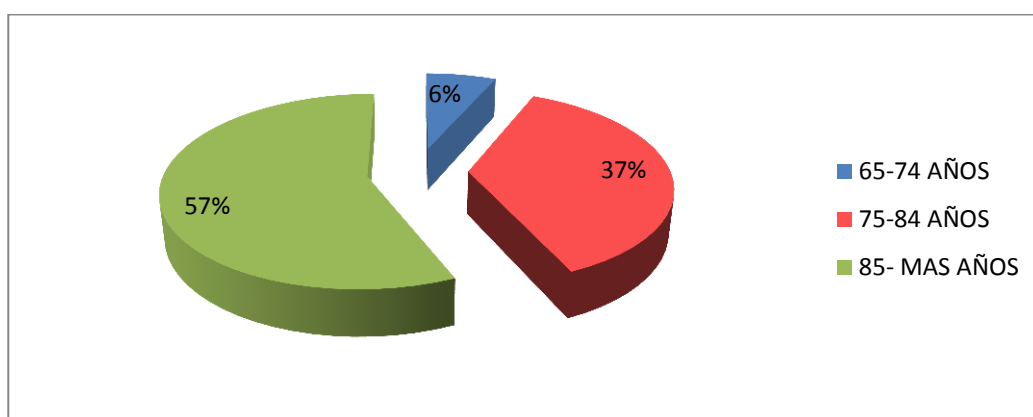
		TIPOS DE PREPARACIONES	Hervido Vapor Estofado A la plancha Al horno Fritos Microonda	Distribución porcentual
TIEMPO DE COMIDAS QUE MÁS SE RELACIONAN CON ALTERACIONES GASTROINTESTINALES	La ingestión de comida en a diferentes horas del día está directamente relacionada con alteraciones gastrointestinales		Desayuno Lunch am Almuerzo Lunch pm Merienda	Distribución porcentual
SÍNTOMAS DE LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	Estas Enfermedades pueden generarse a partir de un alimento o de agua contaminada. Son llamadas así porque el alimento actúa como vehículo de transmisión de organismos dañinos y sustancias tóxicas.		Cólicos abdominales Malestar estomacal Gases Hinchazón estomacal Vómito Diarrea Fiebre Dolor de cabeza Nausea Mareo Escalofrío Dolor de músculos	Distribución porcentual
ESTADO NUTRICIONAL	Es el resultado del balance entre la necesidad y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales.		Enflaquecido(IMC <23) Normal(IMC 23 a 27.9) Sobrepeso(IMC 28 a 31.9) Obesidad (IMC ≥ 32)	Distribución porcentual
INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS	Alimentos que no causarán daño al consumidor cuando se preparan y/o consumen.		Frecuencia de lavado de manos Alimentos en buen estado	Distribución porcentual Distribución porcentual

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. Características Generales de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “LA ESPERANZA”

Gráfico N. 1 Distribución porcentual de la Edad de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

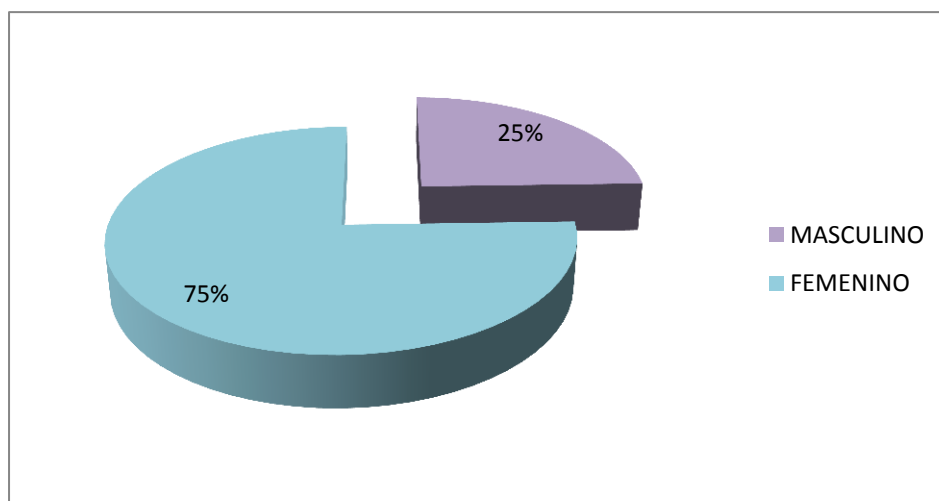


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Según datos del INEC (2010) la edad de los seres humanos ha superado el límite de los 65 años, siendo este un dato muy bueno ya que a esta edad los adultos mayores todavía son autosuficientes, mientras que a partir de los 75 empiezan a evidenciarse cambios en su estado emocional, físico y mental pero a partir de los 85 años es cuando demuestran su vulnerabilidad y pasan a ser dependientes de terceras personas.

En el Centro Geronto Geriátrico al igual se puede afirmar que, la mayor parte de su población con un 57% son adultos mayores de 85 a más años que se les denomina ancianos, siendo este el grupo como se mencionó antes más vulnerable ya que necesitan más cuidado y atención, con un porcentaje del 37% se encuentran los adultos mayores de 75 a 84 años que se les denomina de edad avanzada, y con apenas el 6% se encuentran los adultos mayores jóvenes de 65 a 74 años, buscando como fin ayuda y asistencia en centros especializados en su cuidado.

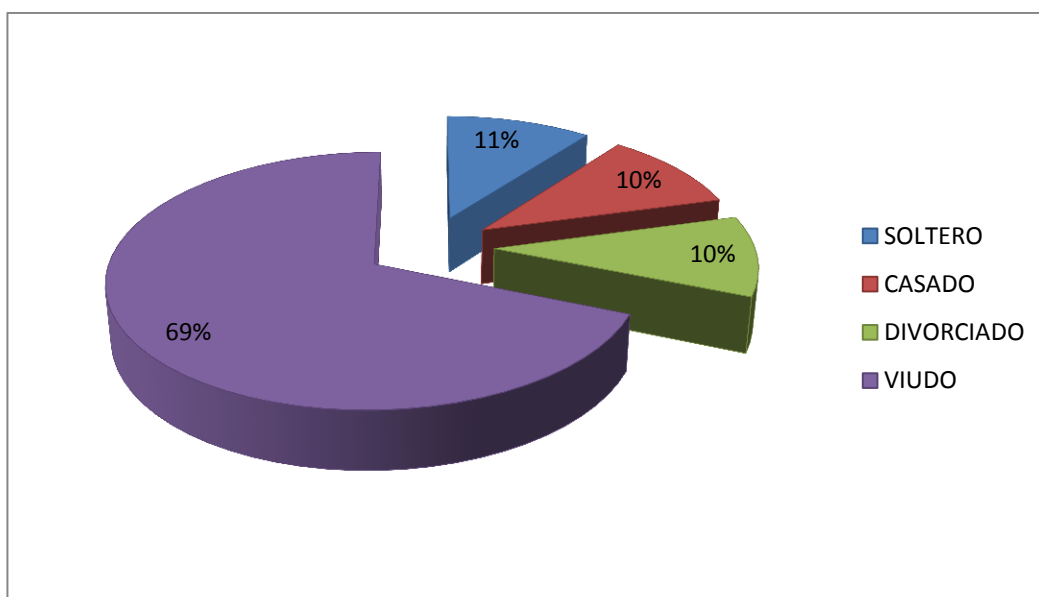
Gráfico N. 2 Distribución porcentual del género de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

El Centro Geronto Geriátrico se encuentra habitado por el 75% de mujeres y tan solo por el 25% de varones, según los estudios realizados por el INEC (2012), son las mujeres las que tiene mayor esperanza de vida, superando el límite de edad del adulto mayor, representando de esta manera que en los centros especializados para el adulto mayor su población mayor es de mujeres.

Gráfico N. 3 Distribución porcentual del Estado civil de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

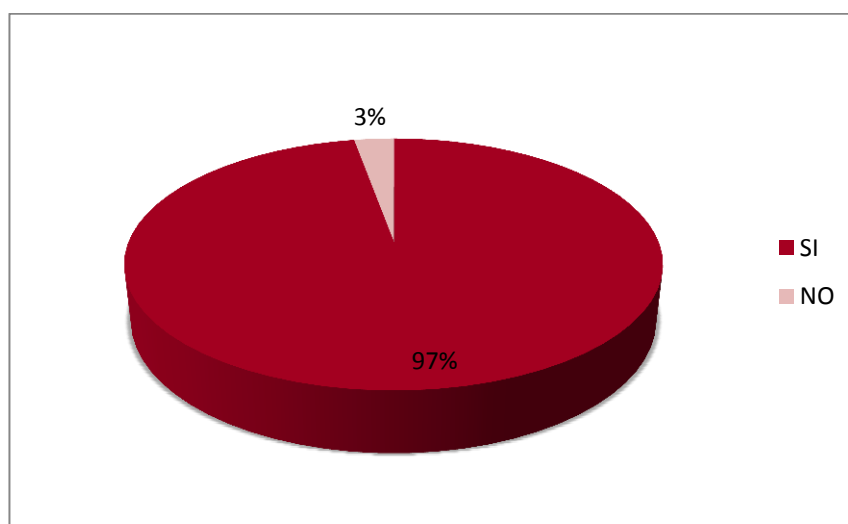


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriátrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Con los datos obtenidos se puede determinar que la mayor parte de adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico “La Esperanza” son viudos y viudas, lo que podría referir que en su mayoría viven solos y acuden a estos centros en busca de asistencia y mejora de su calidad de vida; en cantidades menores se encuentran adultos mayores, solteros, casados y divorciados, que al igual que los adultos mayores viudos acuden a estos lugares en busca del mismo objetivo.

2. Estado de Salud de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

Gráfico N. 4 Padecimiento de alguna enfermedad en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.

ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Conforme pasan los años las patologías en el cuerpo se van incrementando y las personas se vuelven más vulnerables, es esta una de las razones para que se pueda observar que el 97% de la población de usuarios del Centro Geronto Geriátrico presenta algún tipo de patología y tan solo el 3% no, en la mayoría de los casos esto se asocia a la falta de funcionalidad del cuerpo y sus organismo y en otras debido propiamente al envejecimiento.

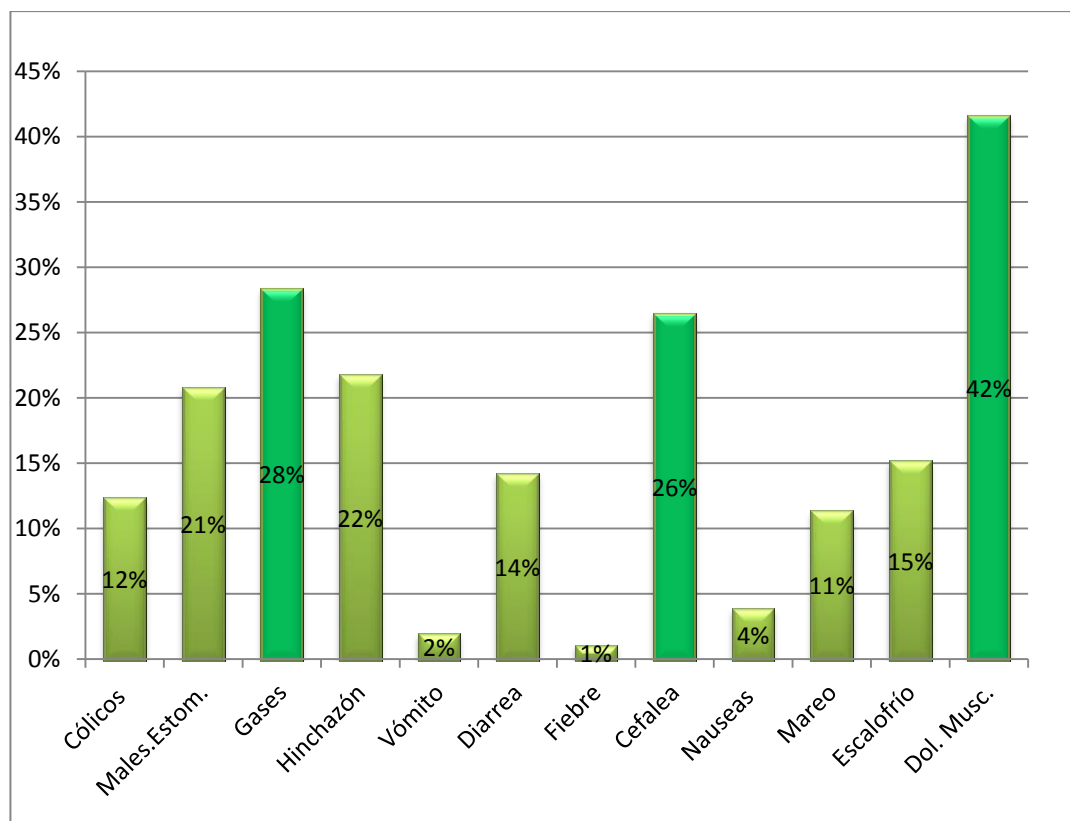
Gráfico N. 5 Enfermedades de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico DEL HE-1 “La Esperanza”

ENFERMEDAD	# DE CASOS	% DE POBLACIÓN
HTA	49	46
GASTRITIS	17	16
DIABETES	12	11
ESTREÑIMIENTO	12	11
ARTROSIS	12	11
OSTEOPOROSIS	11	10
HIPOTIROIDISMO	9	8
ARTRITIS	9	8
CONSTIPACIÓN	7	7
HIPERCOLESTEROLEMIA	4	4
VÁRICES	4	4
DEPRESIÓN	4	4
DIVERTICULOSIS	3	3
IRC	3	3
ARRITMIAS CARDÍACAS	3	3
OSTEOPENIA	3	3
INSOMNIO	3	3
DISLIPIDEMIA	2	2
COLON IRRITABLE	2	2
EDÉNTULO	2	2

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Luego de haber realizado la encuesta y revisado la historia clínica de los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico, se puede mencionar que presentan varias patologías, las más frecuentes son la HTA, seguida por la gastritis y la diabetes, relacionadas con la edad y en menor cantidad el estreñimiento, enfermedad de causa multifactorial y que puede llevar a complicaciones médicas graves, seguido se encuentran el hipotiroidismo y la osteoporosis que mantienen una predisposición de tipo genético, cabe recalcar que la mayoría de estas enfermedades se hallan directamente relacionadas con los hábitos alimentarios incorrectos.

Gráfico N. 6 Frecuencia de las molestias que se relacionan con la enfermedad que padecen los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

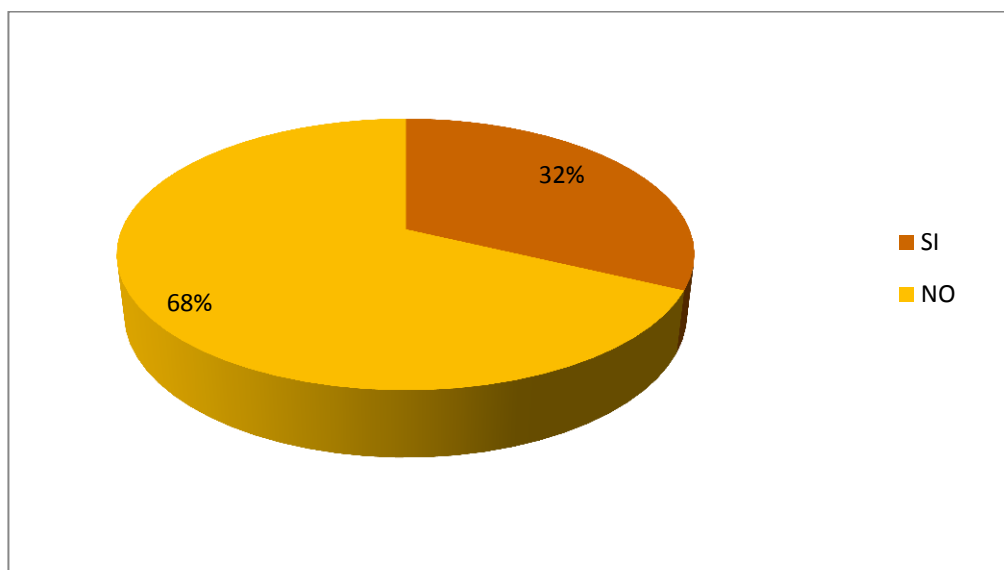


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Las molestias más marcadas en el adulto mayor son: dolor muscular con el 42% molestia propia de la edad, los gases con el 28%, la cefalea con un 26%, el 22% hinchazón, el 21% malestar estomacal, las que pueden estar relacionadas a las patologías de cada persona, debido a problemas de tipo alimentario o por la edad avanzada de los mismos, tomando en cuenta que el adulto mayor es más vulnerable a todas estas complicaciones debido a que su organismo no tiene la misma funcionalidad de una persona joven.

3. Hábitos Alimentarios de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

Gráfico N.7 Consumo de un régimen alimentario especial en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

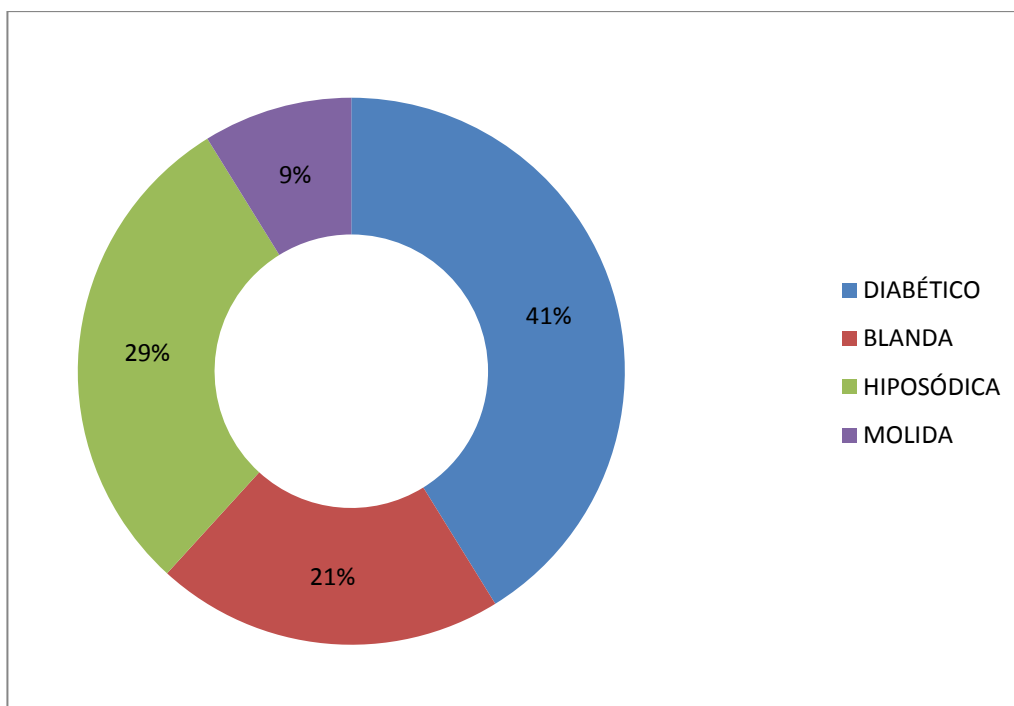


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.

ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

De la población investigada se muestra que el 68% no consumen un régimen establecido de dieta y tan solo el 32% si lo hace, se puede mencionar que al ser la alimentación un acto libre y espontáneo, está no se encuentra libre de cometer errores, esto podrá determinar molestias en su salud, el deterioro de su organismo ó una correcta elección al momento de elegir sus alimentos y mantener o mejorar su alimentación y salud.

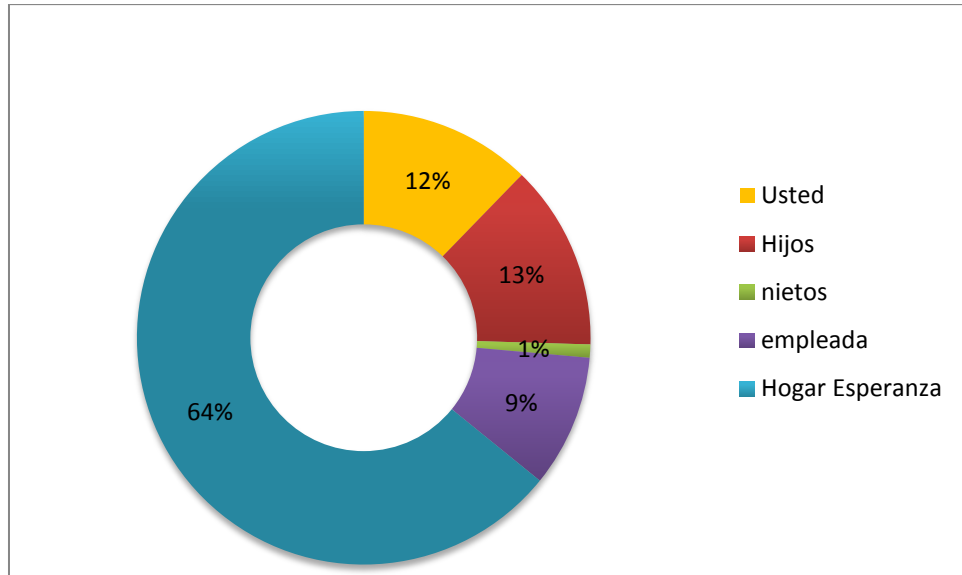
Gráfico N.8 Distribución porcentual de los regímenes alimentarios especiales que consumen los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Del grupo de adultos mayores que consumen una dieta específica, se puede señalar que son los diabéticos con un 41% este grupo de adultos mayores son los que deben tener un mayor índice de cuidado debido a la patología de los mismos, tomando en cuenta que la diabetes se encuentra entre las enfermedades de mayor porcentaje en el Ecuador y el mundo, en menor cantidad se puede mencionar a dietas como la hiposódica con el 29%, blanda 21% y la molida 9%, la falta de conocimientos de un régimen establecido de dieta ocasiona varios inconvenientes en muchos de los adultos mayores, a la hora de elegir la dieta correcta acorde a su patología.

Gráfico N. 9 Persona responsable de preparar los alimentos que consumen los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

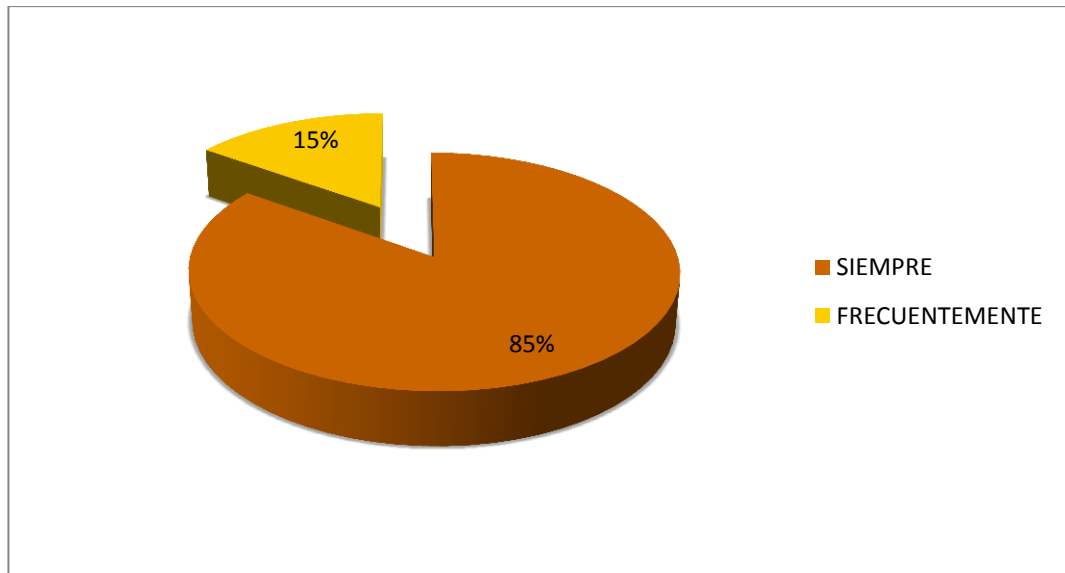


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

La preparación de alimentos para los adultos mayores se encuentra encargada principalmente por las personas del servicio de alimentación que trabajan en el lugar y que han sido previamente capacitadas.

Es importante mencionar que el centro alberga a dos grupos de adultos mayores que son: los adultos permanentes que viven en el centro que corresponden al 64% y consumen todas las comidas diarias, con un valor nutricional adecuado a las necesidades que su cuerpo necesita y los adultos mayores de tránsito, que van y vienen todos los días; este grupo de personas que son el 36% no consumen todas sus comidas dentro del centro, esto quiere decir que las comidas pueden ser preparadas por ellos mismo 12%, por sus hijos 13% o por sus empleados 9%, indicando así que su alimentación podría ser deficitaria y de bajo valor nutricional por la falta de conocimientos sobre una alimentación saludable.

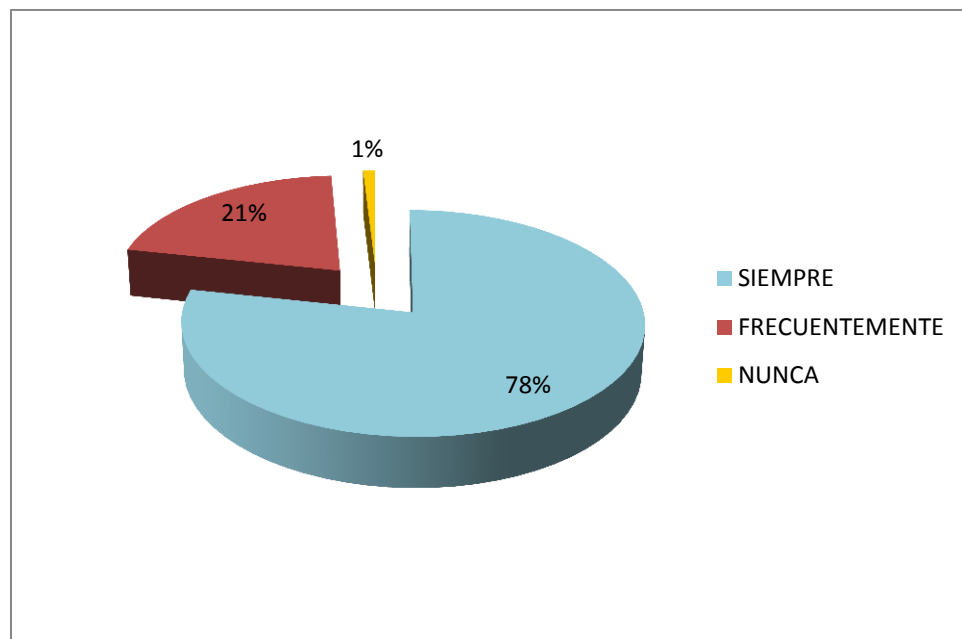
Gráfico N. 10 Frecuencia de lavado de manos antes de ingerir alimentos de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Según datos obtenidos por la Organización Mundial de la Salud OMS (2011), el mantener las manos limpias ayudan a proteger al ser humano de enfermedades ambientales y de tipo infeccioso, se puede indicar que el 85% de los adultos mayores del centro Geronto Geriátrico practican los buenos hábitos de higiene y solo el 15% no lo hacen, sería primordial concienciar la importancia del lavado de manos para así evitar enfermedades de cualquier tipo.

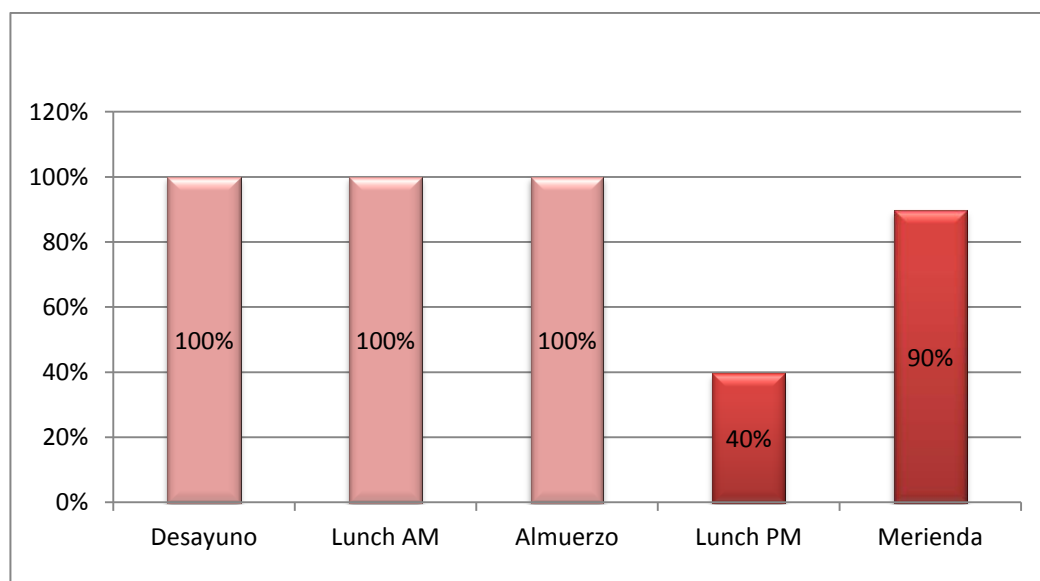
Gráfico N.11 Frecuencia de lavado de frutas antes de su consumo por parte de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriátrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

El 78% de los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico, si verifica que las frutas se encuentren limpias antes de consumirlas, ayudándolos a mantener un buen estado de salud y un 21% no lo hace, se debe recordar a las personas que no solo conviene verificar el aseo, sino también, el estado adecuado del producto antes de servirse para evitar posibles contaminaciones de tipo bacteriano

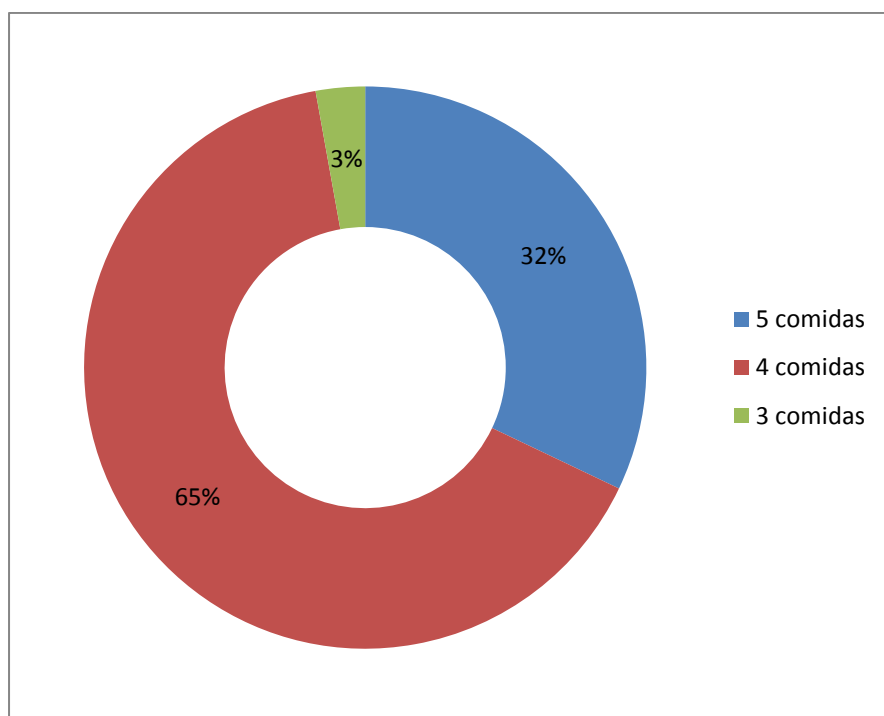
Gráfico N. 12 Frecuencia de la ingesta de los tiempos de comida diario en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriátrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Tanto los usuarios de tránsito como los permanentes consumen sus alimentos en los tiempos determinados de comida, siendo las principales: el desayuno, por ser la primera comida del día y la que impide que el ayuno de la persona se prolongue, el lunch am ayuda a mantener la energía, y el almuerzo, es el tiempo de comida más completo ya que incluye todos los grupos de alimentos necesarios para el buen rendimiento de nuestro cuerpo, estas comidas abarcan el 100%, seguidos por la merienda 90% que debe ser más liviana y variada y el lunch pm un 40%. Es importante que los adultos mayores consuman todas las comidas del día y por ello se debe fomentar el consumo del lunch pm por parte del personal encargado de la alimentación del centro, ya los alimentos son los que aportan la energía necesaria para realizar todas las actividades diarias que nuestro cuerpo lo requiera.

Gráfico N. 13 Distribución porcentual del número de comidas que ingieren a diario los Adultos Mayores Del Centro Geronto Geriátrico Del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriátrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Las comidas se definen como el momento en que la persona se sienta a la mesa a comer dos o más platos de alimentos necesarios para el buen funcionamiento del organismo. De la totalidad de adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico el 65% presenta un consumo de 4 comidas completas diarias, siendo alentador para quienes cuidan de ellos, el 32% consume cinco comidas diarias, este es el número ideal de comidas que una persona debe tener al día y el 3% solo tres comidas, se debe trabajar con los adultos mayores, en la importancia de una buena alimentación y una adecuada ingesta de nutrientes, debido a que un consumo deficiente o excesivo podría resultar en situaciones de mal nutrición y esto afectaría directamente a su estado de salud.

**Gráfico N. 14 Lugar en el que consumen habitualmente los alimentos
los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”**

TIEMPO DE COMIDA	LUGAR DE COMIDA				TOTAL	
	Casa		Centro			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DESAYUNO	38	36%	68	64%	106	100%
LUNCH AM			106	100%	106	100%
ALMUERZO			106	100%	106	100%
LUNCH P.M	28	67%	14	33%	42	100%
MERIENDA	31	33%	64	67%	95	100%

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Se observa que el Centro Geronto Geriatrico es el lugar donde la mayoría de los adultos mayores consumen sus comidas diarias y en un menor porcentaje en sus hogares, es importante mencionar que el lunch pm es consumido en su gran mayoría por los usuarios que acuden diariamente a sus hogares, demostrando así que los usuarios permanentes del centro carecen de este tiempo de comida que no por ser una de las comidas principales no es importante, es por esta razón que se debe pedir a las autoridades del Centro la implementación de este tiempo de comida a la dieta diaria de los usuarios y así completen con los cinco tiempos necesarios de comida para una persona, ya que la base fundamental de una buena salud es una buena alimentación.

Gráfico N. 15 Porcentaje de consumo de los alimentos servidos en los diferentes tiempos de comida en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

TIEMPO DE COMIDA	CANTIDAD DE CONSUMO			
	100%	75%	50%	25%
DESAYUNO	86%	12%	2%	0%
LUNCH AM	78%	8%	9%	4%
ALMUERZO	66%	27%	7%	0%
LUNCH P.M	95%	2%	2%	0%
MERIENDA	56%	17%	21%	6%

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Es grato observar que en la mayoría de los adultos mayores mantienen un buen apetito y que el consumo de comidas diarias los ayuda a superar problemas de salud propios de la edad. Según la OPS (2004), los requerimientos de nutrientes de los adultos mayores disminuyen con la edad, por esto se debe tomar en cuenta, que es necesario mantener un balance adecuado y equilibrado al momento de elegir y consumir los alimentos en los tiempos de comida determinados ya que el desayuno, almuerzo y merienda son comidas completas y principales que no deben faltar, mientras que los lunch se podrían omitir si la persona lo desea.

Gráfico N.16 Preparaciones que consumen con mayor frecuencia los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

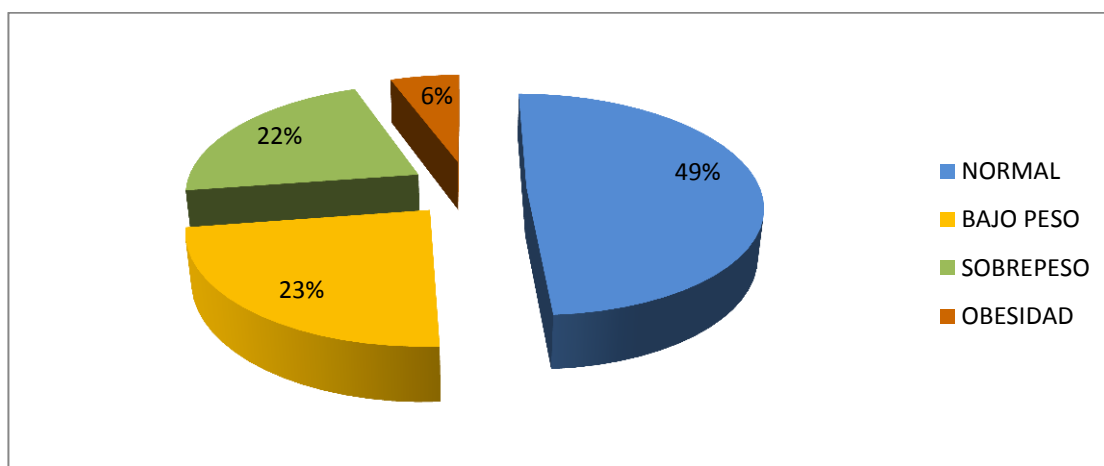
DETALLE	DIARIO	%	SEMANAL	%
HERVIDO	66	64%	37	36%
VAPOR	50	56%	40	44%
ESTOFADO	47	50%	47	50%
PLANCHA	9	21%	34	79%
HORNO	6	16%	32	84%
FRITO	2	9%	21	91%
MICROONDAS	36	72%	14	28%

FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Es importante que se siga consumiendo en mayor porcentaje las preparaciones: al vapor, hervido y estofado ya que estas ayudan a conservar el mayor número de nutrientes y optimizar la absorción adecuada de los mismos, lo que no sucede con los fritos puesto que absorben mayor cantidad de grasa, perjudicando a la salud de quien lo consume.

4. Estado Nutricional de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

Gráfico N. 17 Distribución porcentual del Estado Nutricional de los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

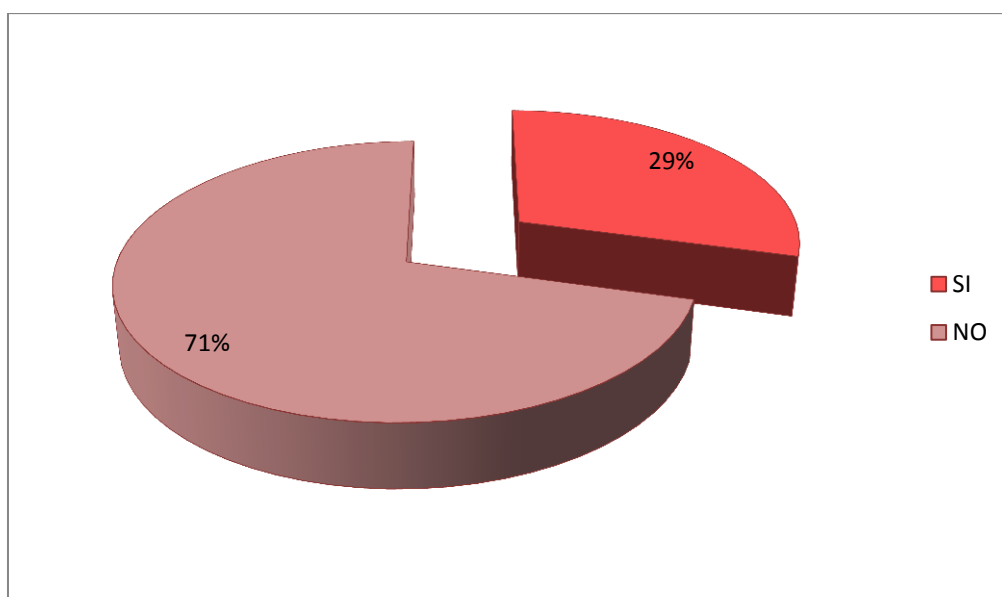


FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Para determinar el estado nutricional del adulto mayor se toma en cuenta otra serie de parámetros; según la OPS (2004) menciona que el mejor indicador para conocer el estado nutricional de los adultos mayores, es el índice de masa corporal ajustado a la edad de los mismos; y como se muestra en el gráfico de los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico solamente el 49% de ellos presenta un estado de normalidad en su peso, siendo esto muy satisfactorio ya que indica que su dieta se encuentra equilibrada y adecuada a sus necesidades nutricionales, mientras que el 23% presenta déficit de peso, en su mayoría por falta de apetito, el 28% presenta sobrepeso y obesidad debido a los malos hábitos alimentarios y falta de actividad física. Un estado nutricional inadecuado aumenta el riesgo de enfermedades y con ello disminuye el tiempo de vida activa de los adultos mayores, es por esta razón que se debe brindar una atención de calidad a este grupo de personas.

5. Alteraciones Gastrointestinales producidas en los adultos mayores del centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”

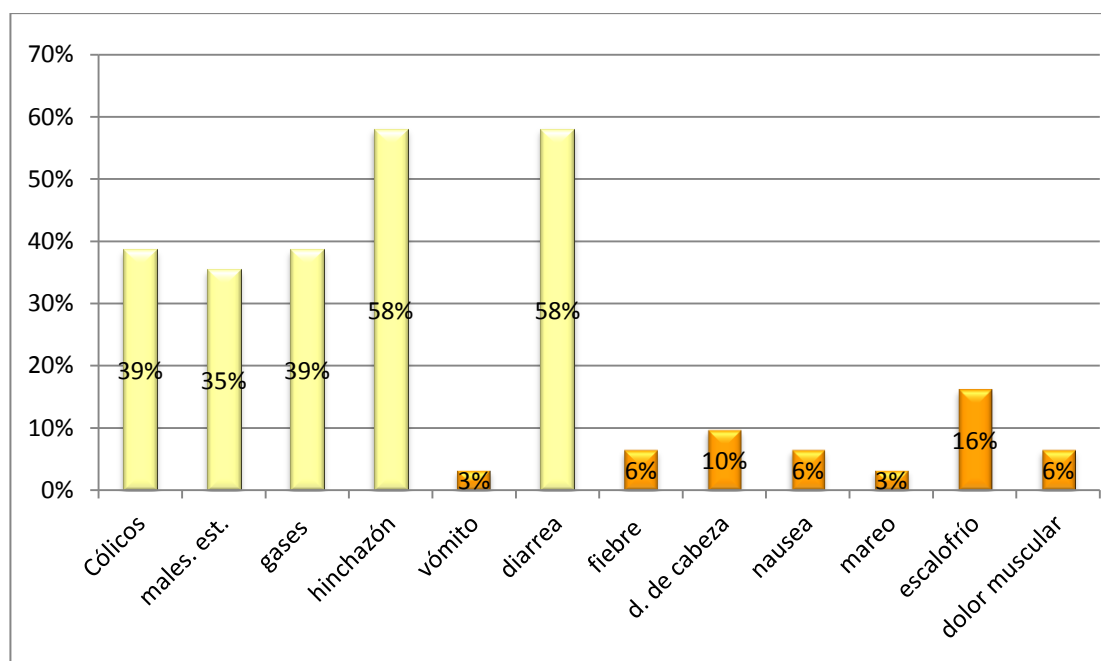
Gráfico N. 18 Manifestación de algún tipo de molestia presentado en las dos últimas semanas en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriátrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Los datos indican que de la totalidad de usuarios del Centro Geronto Geriátrico, solamente el 29% de su población ha presentado molestias que pudieron ser ocasionadas por la alimentación o algún ingrediente incompatible con su organismo en las dos últimas semanas, esto nos indica que este grupo de personas consumieron algún alimento en mal estado o sin las medidas de higiene necesarias para su preparación, mientras que el 71% no ha presentado ningún tipo de molestia en su alimentación, siendo esto favorable para el centro y el personal encargado de la alimentación de los adultos mayores.

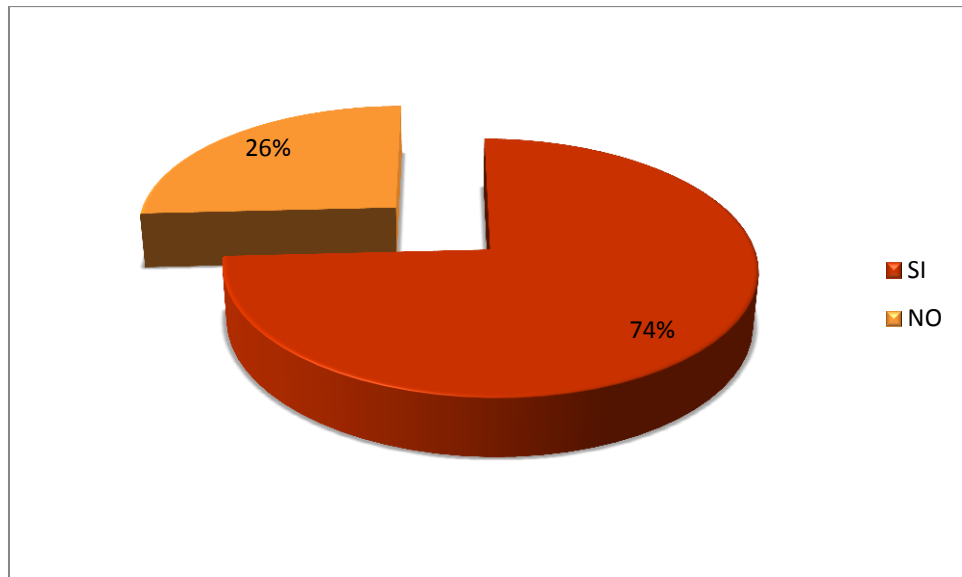
Gráfico N. 19 Molestias provocadas después de la ingestión de los alimentos en los diferentes tiempos de comida en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Considerando que solo el 29% de los usuarios son los que presentan molestias luego de haberse alimentado, las más frecuentes son: la hinchazón estomacal y la diarrea, ubicándose este malestar en más de la mitad de los adultos mayores, seguido se encuentran los cólicos abdominales los gases y el malestar estomacal, siendo todos estos síntomas propios de las alteraciones gastrointestinales.

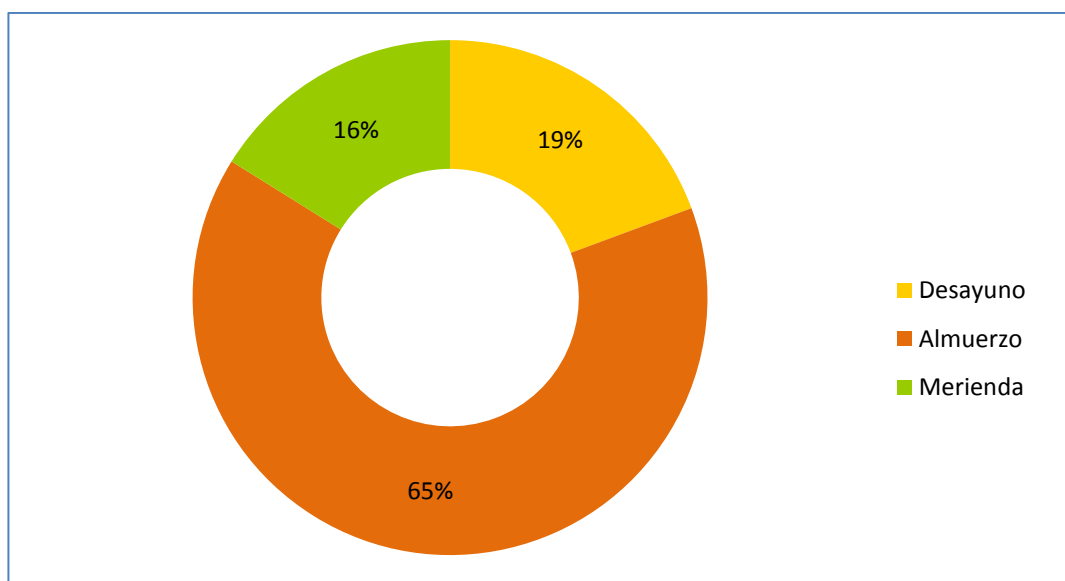
Gráfico N. 20 Incremento de molestias ocasionadas por la ingesta de comida en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

De los adultos mayores que presentan diferentes molestias luego de haber ingerido los alimentos, el 74% presentan un incremento de molestias después de las comidas, ocasionando de esta manera diferentes síntomas que provocan preocupación a quien lo padece, es necesario que las personas responsables de la preparación de sus alimentos adquieran mayores conocimientos y cuidados al momento de realizar sus comidas, para así evitar estas dificultades.

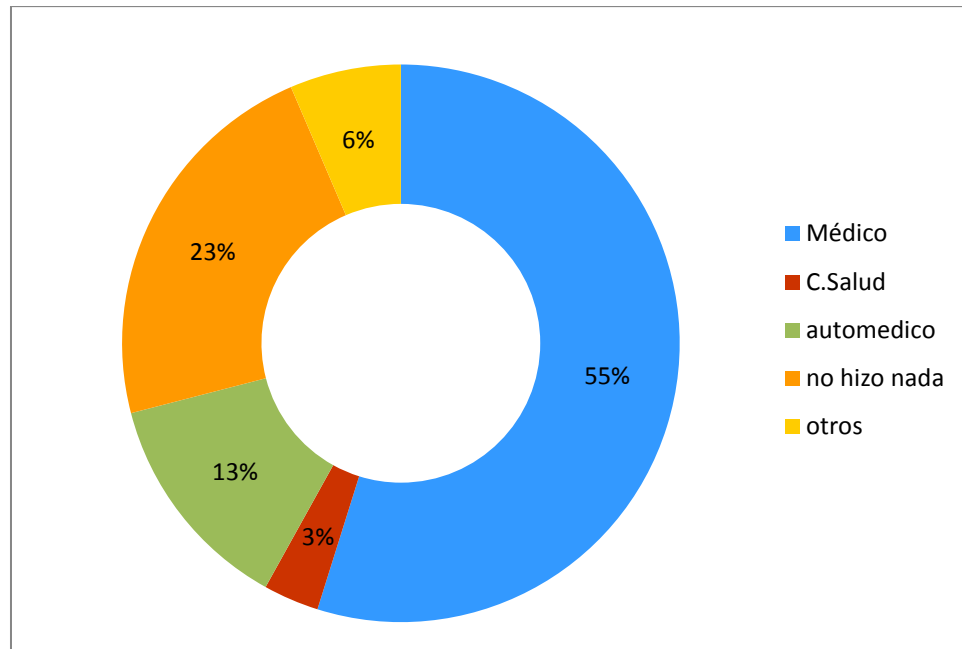
Gráfico N. 21 Distribución porcentual del tiempo de comida en el que se produjeron las molestias en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

La comida que mayor molestia causa en los adultos mayores es el almuerzo con un 65%, siendo esta la que más preparación y cuidado debe tener ya que en este tiempo de comida se sirven dos o más platos de alimentos con diferentes preparaciones, las que deberían ser prescritas por el profesional de salud a cargo y preparadas por personal capacitado; seguido se encuentra el desayuno en un 19% y la merienda con un 16%, es importante destacar que al momento de preparar los alimentos se tome en cuenta las correctas normas de higiene y manipulación de los alimentos por parte de quienes lo preparan.

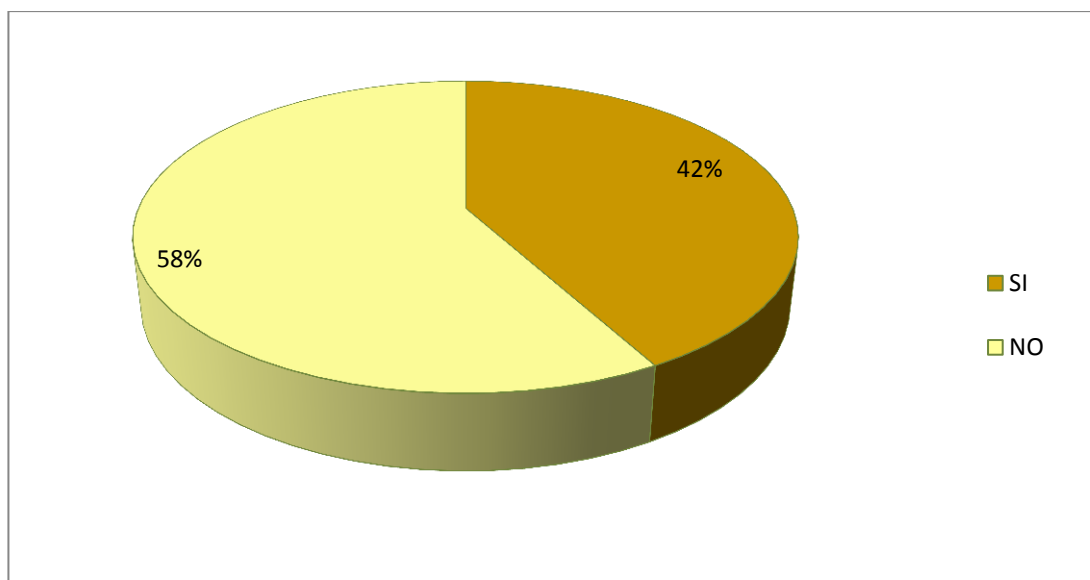
Gráfico N. 22 Distribución porcentual de las medidas tomadas por las molestias causadas después de haber ingerido los alimentos en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Se puede mencionar que los adultos mayores al presentar las molestias luego de haberse alimentado, el 55% acudió al médico y así conoció la causa del problema, siendo confirmada que fue ocasionada por los alimentos, el 23% no hizo nada dejando pasar esta molestia como algo sin importancia, seguido por la automedicación con un 13% siendo esta una medida de riesgo ya que podría ocasionar daños en otras partes de su organismo y complicar más la enfermedad.

Gráfico N. 23 Cambios en la alimentación a partir de las molestias ocasionadas por los alimentos en los Adultos Mayores del Centro Geronto Geriátrico del HE-1 “La Esperanza”



FUENTE: Datos obtenidos de la encuesta realizada a los usuarios del Centro Geronto Geriatrico.
ELABORADO POR: Karla Lourdes Morillo García.

Se puede observar que solo el 58% de los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico cambio su alimentación una vez que fue comprobada su molestia, ayudando a que ellos tengan un estilo de vida más saludable, evitando problemas de malnutrición graves para su edad y condición y el otro 42% no cree que este cambio ayude a mejorar su malestar es importante que el personal de salud a cargo informe a los adultos mayores la importancia de una buena alimentación y nutrición en esta etapa de la vida, para ayudarlos a prevenir problemas relacionados con la alimentación y sus consecuencias.

CAPITULO IV

4.1 CONCLUSIONES

- Envejecer constituye un proceso cambiante tanto a nivel fisiológico como social, en un sentido más amplio se puede decir que el envejecimiento es la suma de los cambios que ocurren a través del tiempo en todo nuestro organismo, este además va acompañado del retiro de la vida laboral y en muchos casos también de la vida familiar, siendo en ocasiones los adultos mayores ingresados a centros geriátricos por encontrarse en situaciones de abandono y soledad; se observa que los adultos mayores de este centro pertenecen en su gran mayoría al sexo femenino, además que de igual manera la mayor parte de usuarios sobrepasan los 85 años de vida, es importante tomar en cuenta que ellos llegan a estos centros en busca de compañía, asistencia y un estilo de vida acorde a las necesidades propias de su edad.
- Con el paso de los años el ser humano se vuelve más vulnerable a enfermedades, debido a la falta de funcionalidad del cuerpo y su organismo, esto provoca padecimientos de enfermedades como la diabetes, hipertensión, osteoporosis entre otras, que se vuelven determinantes en la vida del ser humano; pero también se encuentran enfermedades menos complejas pero no por ello menos importantes, las que pueden ser provocadas por la alimentación y que conllevan a trastornos de tipo digestivo que deterioran y ponen en riesgo la salud del adulto mayor.
- En los adultos mayores del centro se encontró que solamente el 32% de ellos tienen un régimen establecido de dieta, siendo los diabéticos los que mayor cuidado deben tener al momento de ingerir sus alimentos por las complicaciones propias de su enfermedad, lo que indica que el resto de usuarios consumen una dieta normal sin ningún tipo de restricción; además es importante conocer que la mayor parte de la alimentación es por parte del centro y que el 65% de los usuarios mantiene cuatro tiempos de comida siendo esto muy positivo para mantener un buen estado nutricional; además cabe mencionar que la mayoría de adultos mayores conocen de los adecuados hábitos de higiene y alimentarios para cuidar de su salud y bienestar y así evitar complicaciones futuras.

- Desde el punto de vista nutricional, se puede afirmar que solamente el 49% se encuentran con un estado nutricional adecuado y el 51% restante se encuentran en estado de riesgo y mal nutrición; por tal razón, es importante controlar a este grupo de adultos mayores ya que tienen mayor riesgo de presentar enfermedades especialmente de carácter crónico y degenerativo, es por esto que la nutrición en este grupo de adultos juega un papel muy importante y depende principalmente del personal encargado de ellos, el control de su salud y su nutrición, con el objeto de ayudar y brindar una mejor calidad de vida en todos sus aspectos a los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico “La Esperanza”.
- Los cambios asociados al envejecimiento predisponen al individuo a una serie de eventos fisiológicos y patológicos que alteran todo su organismo y producen complicaciones en su salud, uno de estos eventos, son las enfermedades gastrointestinales provocadas por los alimentos que producen una disminución en su capacidad de funcionalidad. Del centro Geronto Geriátrico se puede afirmar que solamente el 29% de su población ha presentado molestias gastrointestinales que pudieron ser ocasionadas por la alimentación, mientras que el 71% de la población no ha presentado ningún tipo de molestia siendo esto muy alentador tanto para ellos como para el centro y las personas encargadas de su alimentación.
- De la pequeña cantidad de adultos mayores del centro Geronto geriátrico “La Esperanza” que presentaron estas molestias, se puede mencionar que estas son propias de las alteraciones gastrointestinales y se produjeron principalmente después del almuerzo, es primordial que al presentar estos síntomas los adultos mayores concienticen sobre la importancia de una buena y adecuada alimentación, así como también el personal encargado de su alimentación ya que una inadecuada nutrición desencadenaría riesgos perjudiciales para la salud del adulto mayor.

4.2 RECOMENDACIONES

- Es importante que en los centros geriátricos se concientice el oportuno y adecuado cuidado diario del adulto mayor, ya que estos sitios se vuelven su nuevo hogar y deben gozar de un espacio adecuado, donde se promueva la interacción e integración tanto física como emocional del adulto mayor, pero con el debido cuidado y responsabilidad que esto conlleva, es decir de alimentación, medicina y protección.
- Se recomienda que cuando el adulto mayor presente alguna enfermedad gastrointestinal, provocada por alimentos ingeridos en los diferentes tiempos de comida, sean tratados a la brevedad posible, ya que esto provoca un quebranto en su salud y complicaciones graves en la persona y en su estado nutricional.
- Capacitar al personal encargado de preparar los alimentos del adulto mayor, en lo referente a porciones diarias recomendadas, texturas, mezclas y combinaciones de alimentos, los mismos que deben ir acorde a la edad y a la patología que padece cada uno de los adultos mayores del Centro Geronto Geriátrico “La Esperanza”.
- Se debe conservar los tiempos de comida del adulto mayor ya que la alimentación y nutrición adecuada y a tiempo, fortalece la calidad de vida y la conserva sin complicaciones por lo que se recomienda a las personas encargadas de la alimentación el uso de productos naturales y orgánicos para que al momento de prepararlos mantengan su valor nutricional y sirvan de beneficio para el adulto mayor.
- Se debe promover la actividad física diaria en el adulto mayor, por parte del personal capacitado en esta área para fomentar un estilo de vida saludable, así como también mantener un control permanente de su estado nutricional por parte de profesionales de la salud encargados de esta rama, ya que este será el mejor informante a la hora de brindar conocimientos eficaces con respecto a la salud y nutrición del adulto mayor.

4.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

MATOS Alfredo. El Adulto mayor. www.lagaceta.com. **Fecha de la última actualización.** 2011. **Disponible en:** http://www.lagaceta.com.ec/site/html/imprimir.php?sc_id=7&c_id=100&pg_id=77154. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

PALLUMBO Raquel. Nutrición en adultos mayores.www.google.com. **Disponible en:** <http://www.nutriguia.com.uy/index.php?seccion=personassanas&articulo=006>**Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

Estado nutricional.[www.Vitaplus.com](http://www.vitaplus.com). **Disponible en:** <http://www.nutriguia.com.uy/index.php?seccion=personassanas&articulo=006>.**Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

GUTIERRES REYES José Guillermo. Desnutrición en el Adulto mayor. **Fecha de la última actualización.** 2010. **Disponible en:** <http://www.laprensagrafica.com/mujer/plan-bella/126543-desnutricion-en-el-adulto-mayor.html>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

Valoración Nutricional en el anciano. www.lagaceta.com.**Disponible en:**http://www.lagaceta.com.ec/site/html/imprimir.php?sc_id=7&c_id=100&pg_id=77154. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

El Adulto mayor. [Www.obesidad.com](http://www.obesidad.com).**Disponible en:** <http://kepler.uag.mx/uagwbt/nutriv10/guias/obesidad.pdf>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

VELASZO Rafael. Obesidad en el Adulto mayor. **Fecha de la última actualización.** 2011.**Disponible en:** <http://saludylongevidad.com.ec/?p=54>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

Obesidad en El Adulto mayor. **Fecha de la última actualización.** 2011.**Disponible en:** <http://saludylongevidad.com.ec/?p=54>**Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

LEAL Claudia. El Adulto mayor y su alimentación. **Fecha de la última actualización.** 2009.**Disponible en:** <http://unenutricion.blogspot.com/2008/10/el-adulto-mayor-y-su-alimentacion.html>**Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

MATOS Alfredo. Nutrición y cuidados del Adulto mayor www.programachile.com. **Fecha de la última actualización.** 2005.**Disponible en:** http://www.institutodelenvejecimiento.cl/PDF/ACTIVOS/alimentacion/Nutricion_y_Cuidados_del_Adulto_Mayor_2005.pdf **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

CARPENA Marina. Hábitos alimenticios en los mayores. [Www.ligasmayores.com](http://www.ligasmayores.com). **Fecha de la última actualización.** 2010.**Disponible en:** <http://www.ligasmayores.bcn.cl/content/view/701708/Habitos-alimenticios-en-los-mayores.html>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0044/C2-1.htm>**Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012.

Título del trabajo. Guía de Orientación Nutricional para personas mayores **Disponible en:** <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGu%C3%ADa+de+orientaci%C3%B3n+nutricional+para+per+mayores.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271659770648&ssbinary=true>**Fecha de acceso a la página.** 12-10-2013.

Alimentación de la persona mayor. **Disponible** http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=145**Fecha de acceso a la página.** 12-10-2013.

Instituto de Medicina. Nutrición y alimentación de las personas de la edad avanzada. http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/4_colaboraciones/nutricion_mayores/alimentacion_mayores.htm**Fecha de acceso a la página.** 12-10-2013.

La Escuela de los Chefs. Ecuador. Métodos de cocción. <http://www.escueladeloscchefs.com/Metodosdecoccionyproductoscarnicos.pdf>**Fecha de acceso a la página.** 12-10-2013

IGNACIO CENTENERA, José. Diarrea en el anciano. <http://www.elsevierciencia.com/es/revista/farmacia-profesional-3/articulo/diarrea-el-anciano-13061905> **Fecha de acceso a la página.** 12-10-2013

Reflujo Gastroesofágico en Ancianos. <http://www.bago.com/bago/bagoarg/biblio/gastro106web.htm> **Fecha de acceso a la página.** 12-10-2013

Disponible en: <http://es.shvoong.com/medicine-and-health/1915637-cambios-f%C3%ADsicos-en-el-adulto/#ixzz1x89nQZcU>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: <http://www.tanatologiaamtac.com/descargas/tesinas/17%20El%20adulto%20mayor%20no%20es%20sinonimo.pdf> **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: http://www.proconsumer.org.ar/alimentacion/ALIMENTACION_ETA.htm **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/011/i0480s/i0480s03.pdf> **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: *Fuente:* <http://www.panalimentos.org/comunidad/educacion1.asp?cd=152&id=>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

División de control de alimentos Hospital nacional de higiene Rafael Rangel. Enfermedades transmitidas por alimentos. **Disponible en:** <http://www.inhrr.gob.ve/pa/eta.html>. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: *Fuente:* <http://www.panalimentos.org/comunidad/educacion1.asp?cd=298&id=67> **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: <http://personal.globared.com/prevenir-enfermedades-zoonoticas-y-eta/categoria.asp?idcat=21> **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Disponible en: <http://www.panalimentos.org/comunidad/educacion.asp> **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Inocuidad de los alimentos. **Disponible en:** http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CFQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.itescam.edu.mx%2Fprincipal%2Fsylabus%2Fpdb%2Frecursos%2Fr19496.DOC&ei=uw_aT8-jGvD06AHc6tzKAg&usg=AFQjCNFGAhU27B1Mnvrjf7KlfNBj0cq0hA&sig2=ioXZdaEVUL2eJda_WuGjaw. **Fecha de acceso a la página.** 4-06-2012

Enfermedades gastrointestinales en adultos mayores. **Disponible en:** http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san12410.htm **Fecha de acceso a la página.** 12/10/2013

Comité Nacional para la Aplicación de Medidas Sanitarias y Fitosanitarias. Inocuidad Alimentaria **Disponible en:** <http://www.cnmsf.gob.do/default.aspx?tabid=164> **Fecha de acceso a la página.** 12/10/2013

TERAN DIAZ Eugenio .**Alimentación oral y nutrición humana.** Ed auto.Santander. 1994.

Berdanier, Dwyer, Feldman, 2010, p, **Nutrición y Alimentos**, Industria Editorial Mexicana, Segunda Edición, pág. 325

Brown, J. **Nutrición en las diferentes etapas de la vida.** U.S: Mc Grawhill. 2010

Organización Panamericana de la Salud. **Mantenerse en forma para la vida: Necesidades nutricionales de los adultos mayores** .Washington, D.C: OPS. 2004

Fernández, R.: **Mitos y realidades en torno a la vejez y la salud.** Barcelona: SG Ed.1992

Papalia, D. **Desarrollo Humano.** México: McGrawhill. 2007

Cabana, J. **Guía de salud para la tercera edad.** Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.2005

ECUADOR: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor.** Quito: MSP. 2008.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Situación de la Salud en el Ecuador Washington:** Organización Mundial de la Salud.2006

Vila J, Álvarez-Martínez MJ, Buesa J, Castillo J. "**Diagnóstico microbiológico de las infecciones gastrointestinales**". *Enfermedades Infecciosas Microbiológicas Clínicas* 2009; 27: 406-411.<http://www.invdes.com.mx>.

4.4 ANEXOS

ANEXO 1 ENCUESTA

Buenos días/tardes señor/a, soy Karla Morillo, Egresada de Nutrición Humana, me es grato dirigirme a ustedes para solicitarles una encuesta ,sobre “La influencia de los Trastornos Gastrointestinales relacionados con alimentos en el estado nutricional de los Adultos Mayores” la que me ayudará a conocer las relaciones en las que podamos plantear intervenciones y modificar la situación. De antemano reciba mi agradecimiento por contribuir a esta investigación.

NOMBRE: ----- **ESTADO CIVIL:** -----

EDAD: -----**FECHA:** -----

1) Indique si padece de algún tipo de enfermedad

Si ☐

No ☐

Qué enfermedad -----

2) Cuál de las siguientes molestias se relacionan con la enfermedad que padece

CÓLICOS ABDOMINALES	<input type="checkbox"/>	VÓMITO	<input type="checkbox"/>	NAUSEA	<input type="checkbox"/>
MALESTAR ESTOMACAL	<input type="checkbox"/>	DIARREA	<input type="checkbox"/>	MAREO	<input type="checkbox"/>
GASES	<input type="checkbox"/>	FIEBRE	<input type="checkbox"/>	ESCALOFRÍO	<input type="checkbox"/>
HINCHAZÓN ESTOMACAL	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE CABEZA	<input type="checkbox"/>	DOLOR DE MÚSCULOS	<input type="checkbox"/>

3) Consume algún tipo de dieta especial, mencione cuál es su dieta

Si ☐

No ☐

4) Quién prepara sus alimentos

Usted mismo ☐ Esposa/o ☐ Hijos ☐ Nietos ☐ Empleada ☐

Especifique-----

5) ¿Con que frecuencia se lava las manos antes de ingerir alimentos?

Siempre ☐

Frecuentemente ☐

Nunca ☐

6) ¿Antes de consumir sus frutas usted revisa si están aptas para consumir (lavadas, frescas)?

Siempre ☐

Frecuentemente ☐

Nunca ☐

7) De las siguientes comidas cuales de ellas ingiere a diario

Desayuno ☐ Lunch AM ☐ Almuerzo ☐ Lunch PM ☐ Merienda ☐

8) ¿En qué lugar consume habitualmente las siguientes comidas?

DESAYUNO		LUNCH AM		ALMUERZO		LUNCH PM		MERIENDA	
CASA		CASA		CASA		CASA		CASA	
VILLA		VILLA		VILLA		VILLA		VILLA	
OTRO SITIO		OTRO SITIO		OTRO SITIO		OTRO SITIO		OTRO SITIO	

9) ¿De las comidas mencionadas anteriormente usted consume?

COMIDAS	100%	75%	50%	25%	Nada
DESAYUNO					
LUNCH MAÑANA					
ALMUERZO					
LUNCH TARDE					
MERIENDA					

10) ¿Qué tipo de preparaciones consume con mayor frecuencia?

Tipo de preparación	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Nunca
HERVIDO					
VAPOR					
ESTOFADO					
A LA PLANCHA					
AL HORNO					
FRITOS					
MICROONDAS					

11) ¿Ha presentado algún tipo de molestia después de las comidas en las 2 últimas semanas?

Si ☐

No ☐

- SI USTED HA RESPONDIDO QUE NO A LA PREGUNTA, LA ENCUESTA HA CONCLUIDO, AGRADEZCO SU COLABORACIÓN.

12) Las molestias han provocado en usted:

CÓLICOS ABDOMINALES		VÓMITO		NAUSEA	
MALESTAR ESTOMACAL		DIARREA		MAREO	
GASES		FIEBRE		ESCALOFRÍO	
HINCHAZÓN ESTOMACAL		DOLOR DE CABEZA		DOLOR DE MÚSCULOS	

13) Si ya tenía estas molestias, con la comida estas han aumentado

Si ☐ **No** ☐

14) ¿Qué comida le produjo esa molestia?

Desayuno ☐ Lunch mañana ☐ Almuerzo ☐

Lunch tarde ☐ Merienda ☐

15) Por las molestias que presento después de haber ingerido el alimento, que medidas tomo:

Acudió al médico ☐ Centro de Salud ☐ Curandero ☐

Se auto medicó ☐ No hizo nada ☐ Otros ☐

16) ¿Si usted acudió al profesional de salud, le confirmó que sus molestias fueron causadas por alimentos?

Si ☐ **No** ☐

17) ¿A partir de estas molestias se dieron cambios en su alimentación, explique cuáles?

Si ☐ **No** ☐

¡Gracias por su participación!

ANEXO 2 DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este proyecto tiene la finalidad de conocer “La Influencia de los trastornos gastrointestinales relacionados con los alimentos en el estado nutricional de los Adultos Mayores”.

En nutrición el “estado nutricional” se refiere a la situación fisiológica de la persona en relación a su alimentación, mientras que “Las enfermedades gastrointestinales” son aquellas que se originan en cualquier parte del aparato digestivo y estas pueden ser ocasionadas por alimentos contaminados en cantidades suficientes para que puedan afectar la salud del consumidor. Para esto se realizara las siguientes mediciones corporales: toma de peso y talla para lo que se utilizara, balanza, tallímetro y cinta métrica. Para conocer si el adulto mayor del Centro Geronto Geriátrico presenta algún tipo de molestias relacionadas con la ingesta de alimentos, se realizara una encuesta.

Con los resultados obtenidos se podrá determinar si existe o no la posibilidad de padecer enfermedades relacionadas con la ingestión de alimentos, y a la vez se podrá tomar acciones para prevenir estas enfermedades con correctos hábitos alimentarios y recomendaciones al momento de preparar los mismos, y así prevenir y evitar problemas en el estado nutricional del adulto mayor.

La información recolectada será confidencial y se utilizara únicamente para los fines anteriormente mencionados. Esta investigación realizada será entregada a esta institución y a la universidad que pertenezco.

Antes de empezar necesito solicitar a usted, su consentimiento voluntario para participar de esta encuesta. Es importante que sepa que podrá negarse a participar en cualquier momento sin que esto le ocasione ningún perjuicio. Si usted acepta participar por favor complete los datos a continuación y firme.

Yo, _____, he leído la información que se me ha entregado y conozco de los procedimientos que se realizaran con la misma, por lo que acepto voluntariamente participar de esta investigación.

Fecha

Firma

ANEXO 3 USUARIOS PERMANENTES

BLOQUE 1							
NOMBRES	Peso Actual (kg)	Peso Ideal (kg)	Talla (cm)	IMC	ESTADO NUTRICIONAL	DIAGNOSTICO	TIPO DE DIETA
1 Alvear Maruja	55.4	46	1.45	26.38	NORMAL	HTA, Insuficiencia venosa	Hiposódica
2 Andrade Tarquino	68.6	58	1.59	27.14	NORMAL	Dispepsia, Trastorno conductual, catarata bilateral	General
3 Cañizares Paula	42.3	46	1.41	21.28	BAJO PESO	HTA, Hemia abdominal, Insuficiencia Cardíaca, Esteatosis hepática	Blanda hipograsa, sin lácteos
4 Castañeda Carmen	48.6	46	1.42	24.1	NORMAL	Alzheimer, Trastorno depresivo, HTA, ICC	Hiposódica
5 Marín Blanca	51	50	1.51	22.36	BAJO PESO	DM II, HTA	Dieta para diabético
6 Martínez Zoila	62	54	1.56	25.51	NORMAL	Protesis de cadera, gastritis	General
7 Mensías Nelson	56.8	57	1.58	22.75	BAJO PESO	Condroadrosis, Incontinencia urinaria	General
8 Montalvo América	52	52	1.54	21.94	BAJO PESO	Artritis reumatoidea	
9 Navas Alba	55.9	53	1.52	24.19	NORMAL	Síndrome depresivo	Hiposódica, más fibra
10 Obando Guillermo	49.5	50	1.48	22.6	BAJO PESO	Hta, Artritis de rodilla/artritis	Hiposódica
11 Orquera Zoila	68.2	54	1.53	29.13	SOBRE PESO	HTA, Osteoporosis	Hiposódica, más fibra
12 Recalde Aida	58.6	49	1.46	27.49	NORMAL	Gastritis, HTA, Sínd. Depresivo, dismovilidad leve, psoriasis	Blanda gástrica, sin lácteos, más hierro
13 Sanchez Dalia	68.2	57	1.57	27.67	SOBRE PESO	Hemia hialal, Gastropatía	Hiposódica
14 Torres Luis	64.5	52	1.5	29.67	SOBRE PESO	HTA, Infarto Cerebral	Hiposódica
15 Trujillo Clemencia	64.5	60	1.61	24.88	NORMAL	Artritis, Ca de piel, Constipación	General, más fibra
16 Vaca Dolores	61.4	50	1.47	28.41	SOBRE PESO	HTA, Cardiopatía, Dislipidemia	Hiposódica, sin lácteos
17 Vanegas América	53.2	48	1.45	25.3	NORMAL	Hipoacusia, catarata	General
18 Yela Aida	65	44	1.38	34.13	OBEESIDAD	HTA	Hiposódica
BLOQUE 2							
19 Borja Elisa	62	57	1.57	25.15	NORMAL	DM II, HTA, Depresión	Dieta para diabético
20 Calderón Abdón	43	62	1.65	15.8	BAJO PESO	de prostata, estreñimiento, desnutrición	
21 Campuzano Luis	65	55	1.54	27.41	NORMAL	HTA, Hipercolesterolemia, Constipación	Blanda
22 Endara Inés	59	55	1.54	24.88	NORMAL	Artralgias, Tumor cerebral, Constipación	Blanda
23 Jaramillo Jorge	57	60	1.61	21.99	BAJO PESO	Artritis gotosa, Ca, de labio inferior, Hiperuricemia, DM II	Dieta para diabético
24 Moncayo Beatriz	52	48	1.41	26.16	NORMAL	HTA, Artritis, Epilepsia	Hiposódica
25 Moreno Isabel	48.5	50	1.48	22.14	BAJO PESO	Hipotiroidismo, Osteoporosis	General
26 Gonzalez Napoleón	70	63	1.65	25.71	NORMAL	Epilepsia, Ca de próstata	General más fibra
27 Olivo Leonor	70	51	1.49	31.53	OBEESIDAD	Gastritis crónica, Colon irritable, Depresión crónica, Artritis, Cistocela	Hiposódica e hipograsa
28 Paredes Carmelina	60	52	1.51	26.31	NORMAL	Gastritis, HTA, Osteoporosis	Blanda gástrica
29 Ramirez Rosa	68	56	1.56	27.94	SOBRE PESO	Artritis cervical, Insuficiencia venosa crónica	General
30 Ramos Nelson	67	59	1.6	26.17	NORMAL	Linfadenitis, Hipotiroidismo	Blanda más líquidos
31 Santos Nina	60	54	1.53	25.63	NORMAL	HTA, ICC. Cardiopatía coronaria	Blanda hiposódica
32 Silva Ana	54	57	1.57	21.91	BAJO PESO	Secuela ACV, Hipotiroidismo	General
33 Villacís Delia	62	56	1.56	25.48	NORMAL	Gastritis crónica, Insuficiencia renal, DM II, Esteatosis hepática grado II, Esteatosis pancreática	Dieta para diabético e IR, Hipograsa
BLOQUE 3							
34 Baquero Fany	70	50	1.48	31.96	OBEESIDAD	DM II, Glaucoma, vértigo, constipación	Dieta para diabético
35 Cabezas Víctor	46	48	1.45	21.88	BAJO PESO	HPP, Fractura cabeza del fémur, IVU a repetición, Trombosis venosa profunda, Síndrome convulsivo	Blanda Hiperproteica para edéntulo
36 Cárdenas José	65	62	1.64	24.25	NORMAL	Parkinson, DM II	
37 Estrella Jorge	65	70	1.75	21.06	BAJO PESO	Hipotiroidismo, HTA	
38 Galárraga Marcia	68	54	1.56	27.98	SOBRE PESO		
39 Palacios Luis	81	67	1.71	27.7	SOBRE PESO	Gastritis, Constipación, Síndrome vascular	Blanda más fibra
40 Davila Mercedes							
41 Sierra Mercedes	62	52	1.51	27.19	NORMAL	Hipoacusia, Várices de miembros inferiores, Colelitiasis, Edéntulo	Blanda
42 Toala Manuel	65.5	63	1.65	24	NORMAL	HTA, DM II, Hemiplejía derecha, Gastritis	Dieta para diabético
43 Valenzuela Bertha	61.8	55	1.58	24.8	NORMAL	Hernias discales, estreñimiento	
44 Aida Correa	63.5	51	1.52	27.48	NORMAL	Alzheimer (pendiente comprobación)	

ANEXO 4 USUARIOS DE TRÁNSITO

NOMBRES		Peso Actual (kg)	Peso Ideal (kg)	Talla (cm)	IMC	ESTADO NUTRICIONAL	DIAGNOSTICO	TIPO DE DIETA
69	Padilla Alicia	64.4	46	1.45	30.66	SOBREPESO	Insuficiencia urinaria, ACV, artrosis, depresión, diabetes	Diabético
70	Moscoso Ana	56.2	49.5	1.5	24.97	NORMAL	HTA	
71	Villacis María	81.5	52.14	1.54	34.38	OBESIDAD	Valvulopatía aortica, HTA, osteoporosis	
72	Hernández Carlos	61.5	58	1.59	24.4	NORMAL	Cifosis visual	
73	Arroba María	53.7	43.56	1.41	27.12	NORMAL	HTA	
74	Romero Rosa	65.4	49.5	1.5	29.06	SOBREPESO	HTA, varices, osteoporosis	
75	Mora Marieta	56.4	52.8	1.55	23.5	NORMAL	Colon irritable, micosis, incontinencia urinaria, insomnio	
76	Parra Fanny	65	50.82	1.52	28.13	SOBREPESO	ACV, HTA, ansiedad, hipoacusia	
77	Bonilla Graciela	54.4	48.84	1.49	24.5	NORMAL	HTA, gastritis crónica, temblor MI, catarata, hipoacusia	
78	Carrión Olga	58	44.8	1.43	28.43	SOBREPESO	Ansiedad, artritis reumatoidea, osteoporosis, transtorno auditivo, várices MI	
79	Vizcaino María	51	47.52	1.47	23.61	NORMAL	HTA, déficit sensorial, insomnio, pérdida de la memoria	
80	Recalde Tulia	61	50.16	1.51	26.75	NORMAL	Hipotiroidismo	
81	Infante Elba	53	41.8	1.38	27.89	SOBREPESO	HTA, constipación, artritis, depresión, transtorno del sueño	
82	Conrado Mariana	67.5	51.48	1.53	28.84	SOBREPESO	HTA, artrosis, onicopatologica, várices, acné rosacéa	
83	Riera Rosa	57	48.84	1.49	25.67	NORMAL	HTA, hipotiroidismo, gastritis, incontinencia urinaria, hipoacusia	
84	Muñoz María	56.5	45.54	1.44	27.29	NORMAL	Artrosis de rodilla, osteopenia, onicomicosis, várices en MI	
85	Pérez María	64.5	52.14	1.54	28.41	SOBREPESO	Osteoporosis	
86	Carrillo Ruperto	65.4	65.5	1.69	22.94	BAJO PESO	Constipación, várices, episodios diarreicos, hernia, transtorno visual	
87	Sandoval Luis	60	56.58	1.57	24.39	NORMAL	HTA, osteoporosis, artrosis cervical, IVU	
88	Vasquez Nelson	60.5	68.77	1.73	20.23	BAJO PESO	Artrosis, hipoacusia	
89	Jácome Luz	71.5	54.12	1.57	29.06	SOBREPESO	HTA, estreñimiento, artritis, incontinencia urinaria	
90	Guerra Beatriz	60	49.5	1.5	26.66	NORMAL	HTA, constipación, gastropatía, hemorroides	
91	Dávila Julio	58.3	61	1.63	22	BAJO PESO	Asma, Ca de piel	
92	Novoa Inés	63.3	41	1.37	33.85	OBESIDAD	HTA, depresión, transtorno auditivo y visual	
93	Trujillo Eloísa	61.6	46	1.44	29.75	SOBREPESO	SIN DIAGNOSTICO	
94	Polo Piedad	54.2	48	1.48	24.74	NORMAL	HTA, estreñimiento, diverticulitis, hipercolesterolemia, várices, hemorroides	
95	Tapia Luz	52	44	1.42	25.87	NORMAL	Osteopenia, memoria disminuida leve	
96	Tapia Lilian	56	46	1.45	26.66	NORMAL	HTA, artrosis de cadera, depresión hipoacusia	
97	Fegan Magdalena	53.4	51	1.52	23.11	NORMAL	Cardiopatía isquémica, incontinencia fecal, secuela de parálisis facial	
98	Carrasco Paulina	69	54	1.56	28.39	SOBREPESO	Estreñimiento, artrosis, transtorno del sueño, hipoacusia	
99	Espinel Rosario	56	51	1.52	24.24	NORMAL	Arritmia cardiaca, várices, , hemorroides, onicomicosis	
100	Bastidas Efraín	55.5	64	1.67	19.96	BAJO PESO	HTA, ca de próstata, parálisis facial	
101	Fierro Leonor	61.8	54	1.57	25.12	NORMAL	HTA, hipotiroidismo, osteoporosis, insuficiencia venosa, tapón auricular	

ANEXO 5 GLOSARIO

Geriatría: Ciencia que estudia las enfermedades agudas y crónicas de los pacientes mayores, y se interesa por el conocimiento de la patología del anciano, las variaciones que presenta el organismo de los adultos mayores ante los procesos comunes, así como la terapéutica que precisan, ocupándose, además, de la recuperación funcional y la reinserción social de estas personas.

Gerontología: Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, así como las modificaciones fisiológicas, psicológicas y sociales que se producen en la vejez.

Envejecimiento: Aunque se han propuesto innumerables definiciones sobre el envejecimiento podemos decir que “es un proceso progresivo, intrínseco, universal asociado a un conjunto de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas, funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo y que ocurre entodo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

Adulto Mayor:Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 65 años de edad.

Patología: Estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

Nutrición: Es el proceso biológico en el que los organismos asimilan y utilizan los alimentos y líquidos para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones normales. Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición es un elemento fundamental de la buena salud.

Preparación de alimentos: La preparación culinaria de los alimentos consiste, la mayoría de las veces, en la aplicación de un tratamiento térmico que varía, complementa y mejora sus cualidades gastronómicas o la digestibilidad de gran parte de éstos, como es el caso de carnes, huevos y carbohidratos.

Alimento: Todo aquel producto o sustancia líquida o sólida que, ingerida, aporta materias asimilables que cumplen con los requisitos nutritivos de un organismo para mantener el crecimiento y bienestar de las estructuras corporales.

Trastornos Gastrointestinales: Los trastornos gastrointestinales son todos aquellos que afectan a cualquier parte del aparato digestivo. El origen de este tipo de padecimientos puede ser químico, biológico o psicológico y representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial.

Eta: Conjunto de enfermedades que resultan de la de alimentos y/o agua contaminados en cantidades suficientes como para afectar la salud del consumidor.

Diarrea: Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa”. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Estreñimiento: Es una alteración intestinal que se caracteriza por una dificultad para evacuar las heces, ya sea por el volumen acumulado o por la consistencia de las mismas. Es común que su origen sea una falta de tono en la pared intestinal, poca hidratación del intestino o una dieta falta de la fibra de las verduras y frutas.

Higiene: El término higiene designa al conjunto de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud de los seres humanos, pero también cuando decimos higiene nos estamos refiriendo al aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona o el de algún ambiente. La higiene ostenta tres concretos objetivos en su razón de ser: mejorar, prevenir y conservar la salud.

Manipulación de alimentos: Se considera manipulación de alimentos a cualquier actividad empresarial en la que personas intervengan en aspectos como la preparación, fabricación, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte,

distribución, manipulación, venta, suministro o servicio de productos alimenticios destinados al consumidor.

Inocuidad Alimentaria: La inocuidad de los alimentos engloba acciones encaminadas a garantizar la máxima seguridad posible de los alimentos. Las políticas y actividades que persiguen dicho fin deberán de abarcar toda la cadena alimenticia, desde la producción al consumo.

ANEXO6FOTOGRAFIAS

TOMA DE DATOS Y MEDIDAS



INSTALACIONES



SERVICIOS Y PERSONAL



PROGRAMAS Y PERSONAL



